

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1926-1927 N° 88

Les Formes Cliniques de Début des tumeurs malignes du Naso-Pharynx

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 22 Juin 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Francisque TARLET

Externe des Hôpitaux de Lyon

Diplômé de Microbiologie et d'Hygiène

Né le 17 Octobre 1899, à VILLEURBANNE (Rhône)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1927

LES FORMES CLINIQUES DE DÉBUT
DES TUMEURS MALIGNES DU NASO-PHARYNX

Les Formes Cliniques de Début des tumeurs malignes du Naso-Pharynx

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 22 Juin 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Francisque TARLET

Externe des Hôpitaux de Lyon

Diplômé de Microbiologie et d'Hygiène

Né le 17 Octobre 1899, à VILLEURBANNE (Rhône)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1927

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ.
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), ROQUE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	PIC
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	X.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	PAVIOT
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	ETIENNE-MARTIN
Pharmacie,	COURMONT (P.)
	SAVY
	LEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de	Pathologie externe	MM. VALLAS
—	Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
—	Chimie minérale	BARRAL
—	Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	ROUBIER	DUNET	DUFOURT.
TRILLAT	FAVRE	CHALIER (André)	DUMAS.
SARVONAT	BONNET	CHALIER (Joseph)	GABRIELLE.
FLORENCE (G.)	RHENTER	NOEL	MANCAU.
ROCHAIX	MAZEL	CHEVALLIER.	MARTIN (Joseph).
CORDIER (V.)	SANTY	DEVIC.	ROCHET (Ph.).
			WERTHEIMER.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

MM. COLLET, président ; CHALIER J., assesseur

DUMAS et DEVIC, agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MA FEMME

A celle qui est et qui sera la compagne fidèle de toute ma vie. Qu'elle trouve ici l'expression sincère de ma très grande affection.

A MON FILS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR COLLET

Il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous le prions de croire à notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR REBATTU

Médecin des Hôpitaux

Il a été notre Maître. Il nous a inspiré le sujet de ce travail que nous avons accompli selon ses conseils.

Nous le remercions de son enseignement et lui adressons nos sentiments de bien vive gratitude et de respectueuse sympathie.

A NOS JUGES

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat provisoire :

MM. LE DOCTEUR PALLASSE,
LE PROFESSEUR GAYET.

Externat :

MM. LE DOCTEUR BONNET,
LE DOCTEUR REBATTU,
LE DOCTEUR TAVERNIER, PROFESSEUR AGRÉGÉ,
LE DOCTEUR DUMAS, PROFESSEUR AGRÉGÉ,
LE DOCTEUR GONNET,
LE PROFESSEUR MOURIQUAND.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LES FORMES CLINIQUES DE DÉBUT DES TUMEURS MALIGNES DU NASO-PHARYNX

Introduction

Arrivé au terme de nos études, et sur les conseils de notre maître, M. le Docteur Rebattu, dont nous fûmes pendant six mois l'externe, à l'Hôpital de l'Antiquaille, il nous a paru intéressant de consacrer notre thèse inaugurale à l'étude d'une affection, qui n'a pas semblé jusqu'ici avoir attiré outre mesure l'attention des auteurs classiques.

Nous n'avons pas la prétention d'entreprendre ici, une étude détaillée et complète de cette affection ; nous nous bornerons seulement à envisager son mode de début, en insistant d'une façon toute spéciale sur les différentes formes suivant lesquelles, il peut se manifester ; nous nous efforcerons de montrer aussi combien les symptômes à cette période sont souvent insidieux, endormant les préoccupations du malade et la sagacité du médecin, et comment leur méconnaissance entraîne les conséquences les plus fâcheuses au point de vue de la thérapeutique.

Cependant nous ne voulons pas commencer ce tra-

vail, et nous croirions faire preuve d'une profonde ingratitude si nous n'avions pas un mot de reconnaissance pour ceux de nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, qui voulurent bien s'intéresser à nous.

Nous adresserons surtout nos remerciements à M. le Professeur Collet, pour le grand honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de notre thèse, et nous lui sommes reconnaissant de l'intérêt qu'il a bien voulu nous porter en nous communiquant une observation.

Nous n'oublierons pas également M. le Docteur Rebattu, dont nous sûmes toujours apprécier la bienveillance à notre égard, qui voulut bien mettre quelques observations à notre disposition, et dont les conseils nous permirent de mener à bien l'achèvement de ce travail.

CHAPITRE PREMIER

Considérations anatomiques et anatomo-pathologiques

Avant d'aborder l'étude proprement dite des formes cliniques de début des tumeurs du naso-pharynx, il nous paraît indispensable de consacrer quelques lignes à rappeler certaines données anatomiques et physiologiques, utiles pour la bonne compréhension de notre travail.

Egalement, pour le même motif, dans le deuxième paragraphe de ce chapitre, nous dirons quelques mots de l'anatomie pathologique de ces tumeurs.

I. - Anatomie et Physiologie du Cavum

DESCRIPTION. — Le cavum, encore désigné sous le nom de rhino-pharynx, ou naso-pharynx, constitue la partie supérieure, rétro-nasale, du pharynx.

Sa forme, comparable à une boîte cubique communiquant en avant avec le nez par les choanes, fermée en bas, mais seulement par intermittences, par le voile du palais, nous offre à considérer six parois : une paroi antérieure, postérieure, deux parois latérales, une paroi supérieure et une paroi inférieure.

PAROI ANTÉRIEURE. — Elle est occupée par les choanes ou orifices postérieurs des fosses nasales.

PAROI POSTÉRIEURE. — Ses limites sont conventionnelles : en haut, la ligne passant transversalement par le tubercule pharyngien ; en bas, le prolongement du plan de la voûte palatine, sur l'arc antérieur de l'atlas. Cette paroi est tendue par l'épais ligament occipito-atloïdien antérieur. Elle est formée par les fibres du constricteur supérieur, réunies médiane-ment par un raphé solide. Elle est soulevée par de nombreux follicules adénoïdes.

PAROIS LATÉRALES. — Elle sont constituées par la face interne de l'aile interne des apophyses ptérygoïdes, l'aponévrose latérale du pharynx et le muscle constricteur supérieur.

A leur partie supérieure, les parois latérales nous présentent l'orifice interne de la trompe d'Eustache. Cet orifice qui a le plus souvent une forme triangulaire, est limité en avant par un repli muqueux, le pli salpingo-palatin ; en arrière par un nouveau repli muqueux, le bourrelet de la trompe.

En arrière de l'orifice tubaire se trouve une excavation, la fossette de Rosenmüller, qui, peu marquée chez l'enfant, atteint tout son développement chez l'adulte.

PAROI SUPÉRIEURE. — Elle a la forme d'une voûte. Elle a pour squelette la face inférieure du corps du sphénoïde, l'apophyse basilaire de l'occipital et la pointe du rocher. Elle est occupée par une masse de tissu lymphoïde, l'amygdale pharyngienne, encore appelée, amygdale de Luschka. En arrière de cette amygdale, se trouve une dépression, la bourse pharyngienne de Luschka, qui serait, pour certains auteurs, un reliquat du diverticule embryonnaire.

PAROI INFÉRIEURE. — Cette paroi n'existe seulement au moment de la déglutition, lorsque le voile du palais vient se mettre au contact de la paroi postérieure du pharynx. En dehors de ce moment, le voile pend obliquement et un large espace fait communiquer le naso-pharynx et l'oro-pharynx.

Rapports du Cavum

En avant. — Le naso-pharynx communique largement avec le nez.

En arrière. — La paroi postérieure, répond aux deux premières vertèbres, réunies entre elles, et à l'occipital par de forts trousseaux fibreux. En avant de ces vertèbres se trouvent les muscles prévertébraux recouverts par l'aponévrose prévertébrale. Entre cette aponévrose et la paroi postérieure du cavum existe un espace virtuel, l'espace rétro-pharyngien; cet espace est comblé par une nappe de tissu cellulaire lâche.

En haut. — Par l'intermédiaire de la surface basi-

laire de l'occipital unie au sphénoïde, et la pointe du rocher, la voûte du cavum répond à la fosse cérébrale moyenne qui contient : la partie supérieure de la face antérieure du bulbe, la face antérieure de la protubérance et la naissance des pédoncules cérébraux; plus en avant le corps pituitaire logé dans la selle turcique. De chaque côté de la selle turcique se trouve le sinus sphénoïdal dont la paroi inférieure est en rapport avec le segment antérieur de la voûte du cavum, les nerfs moteur oculaire commun pathétique, moteur oculaire externe et le ganglion de Gasser, avec ses trois branches.

En bas. — Au-dessous du voile, c'est l'oro-pharynx, avec les piliers postérieurs et la loge amygdalienne, la base de la langue et l'épiglotte.

Latéralement. — Se trouve l'espace maxillo-pharyngien, espace triangulaire à base dirigée en arrière. Cet espace est divisée en deux parties par les muscles et feuillet aponévrotiques qui partent de l'apophyse styloïde : l'une antérieure, espace stylo-maxillaire ; l'autre postérieure, espace sous-parotidien.

L'espace sous-parotidien qui est en rapport avec le cavum, est lui-même divisé en deux parties par une aponévrose dépendant de l'aponévrose pharyngienne externe. Ces deux parties sont l'espace sous-parotidien antérieur, et l'espace sous-parotidien postérieur.

Dans l'espace sous-parotidien antérieur, se trouvent : le prolongement pharyngien de la parotide, le maxillaire inférieur, les muscles péristaphylins, la trompe d'Eustache.

Dans l'espace sous-parotidien postérieur, se trouvent : la carotide interne avec, en dedans, la jugulaire interne, le pneumogastrique, situé dans l'angle dièdre formé par les deux vaisseaux, le glosso-pharyngien, le grand hypoglosse et le ganglion cervical supérieur.

La muqueuse du Cavum

A l'état normal, la muqueuse présente une coloration rosée; elle est lubrifiée par un mucus visqueux très adhérent.

Elle est revêtue par un épithélium à cils vibratils stratifié, qui repose sur un derme épais, formé de tissu conjonctif et de fibres élastiques. Aux éléments conjonctifs et élastiques s'ajoutent, dans le derme de la muqueuse de nombreux follicules clos. Au niveau de la partie antérieure de la voûte, le tissu adénoïde se condense pour former l'amygdale pharyngée.

Physiologie du Cavum

Le naso-pharynx joue un triple rôle : dans la déglutition, dans la respiration, dans la phonation.

1° Le naso-pharynx dans la déglutition. — Pendant toute la déglutition, le cavum s'isole des autres voies digestives. Après le premier temps, ou temps lingual, survient un deuxième temps, le temps pharyngien, pendant lequel, sous l'effet de la contraction des péristaphylins le voile devient horizontal. En même temps que le voile se soulève, les parois latérales du cavum, par suite de la contraction des constricteurs,

se rapprochent l'une de l'autre, surtout à la partie inférieure, réduisant à peu de chose sa cavité au profit du pharynx buccal. Pendant cette contraction, il y a ouverture de l'orifice de la trompe, ce qui a pour but d'assurer la communication, indispensable à son bon fonctionnement de l'oreille moyenne avec l'air extérieur.

2° Le Naso-pharynx pendant la respiration. — Normalement, la respiration s'effectue par le nez, exceptionnellement par la bouche. Pendant cet acte physiologique, le cavum est largement ouvert, le voile est abaissé. Si la respiration se fait par la bouche, le voile se redresse brusquement.

Au contact de la muqueuse du cavum, comme de celle du nez d'ailleurs, l'air extérieur s'humidifie, se réchauffe et abandonne ses poussières qu'il dépose sur les mucosités des parois.

3° Le naso-pharynx dans la phonation. — Il joue le rôle d'une caisse de résonnance. Ce rôle est sous la dépendance de l'élévation plus ou moins marquée du voile. Pour certaines voyelles, O et A, cette élévation est réduite au minimum ; il s'élève au maximum, pour la voyelle I, par exemple.

Pour les consonnes, sauf pour les nasales, le voile s'élève à moitié ; pour les nasales, le cavum communique largement avec le pharynx.

Pour les syllabes, le niveau atteint par le voile semble être toujours le niveau de la voyelle employée.

II. - Anatomo-pathologie des tumeurs malignes du Cavum

Il est classique de diviser les tumeurs du cavum en deux groupes : les épithéliomes dérivant du tissu épithélial ; les sarcomes, dérivant du tissu connectivo-vasculaire.

Les épithéliomas s'accompagnent rapidement de ganglions cervicaux d'abord uni, puis bilatéraux. Ils s'ulcèrent fréquemment au début de leur évolution.

Les sarcomes se présentent soit sous l'aspect de sarcomes fuso-cellulaires qui naissent aux dépens du tissu conjonctif ou du périoste, soit sous la forme de sarcomes lymphophyles.

Les sarcomes fuso-cellulaires ont une consistance dure, pendant presque toute la durée de leur évolution ; ils s'ulcèrent tardivement et ce n'est qu'à ce stade qu'ils s'accompagnent d'adénopathie.

Les sarcomes lymphophyles, au contraire, s'accompagnent d'une adénopathie précoce, nombreuse et volumineuse ; ils sont de petite taille, et n'émettent pas de métastases sanguines.

CHAPITRE II

Les Formes cliniques de début des tumeurs du naso-pharynx

Les tumeurs du naso-pharynx, que ce soient des sarcomes ou que ce soient des épithéliomes, se rencontrent à tous les âges; elles atteignent les hommes et les femmes avec, cependant, comme la plupart des auteurs l'admettent, une certaine prédilection pour le sexe masculin. Leur évolution est d'autant plus rapide que le sujet est moins âgé.

Dans leur étude, ce qui est surtout intéressant et utile de connaître, c'est leur mode de début. Dans la grande majorité des cas, celui-ci se manifeste d'une façon tout à fait insidieuse et revêt souvent les allures d'une affection banale.

Ainsi, tel malade, qui présentera une tumeur du cavum, sera souvent considéré pendant longtemps comme un adénoïdien, à cause de ses signes d'ob-

struction nasale. Tel autre qui viendra consulter pour une adénopathie cervicale sera pris pour un tuberculeux et traité en conséquence.

Ou bien encore, ce sera un coryza chronique et tenace pour lequel on portera le diagnostic de sinusite maxillaire, ou une otite chronique, dont on invoquera la nature grippale.

On conçoit donc facilement la fréquence des erreurs de diagnostic à cette période de début ; nous en trouverons d'ailleurs quelques exemples dans certaines des observations que nous rapportons.

Or, si l'on veut être utile à son malade, si l'on veut que la thérapeutique puisse donner quelques résultats, il importe de faire un diagnostic précoce. Dans ce but, des examens systématiques du cavum seront pratiqués, de préférence par le spécialiste. Toucher, rhinoscopie antérieure et rhinoscopie postérieure, sont les meilleures méthodes d'exploration ; elles permettent le diagnostic. En cas de doute, on n'hésitera pas à faire un prélèvement pour examen histologique.

Dans cette étude des formes de début nous envisagerons quatre grandes formes cliniques :

UNE FORME NASALE OU RESPIRATOIRE ;

UNE FORME AURICULAIRE ;

UNE FORME GANGLIONNAIRE :

UNE FORME NERVEUSE ET OCULAIRE.

I. - *Forme nasale*

Une des manifestations la plus fréquente de l'affection à son début est la forme nasale,

Souvent c'est un coryza qui ouvre la scène, revêtant tout d'abord une allure aiguë, banale; mais ce coryza dure et passe à la longue à la chronicité. Le malade mouche beaucoup, l'enchifrènement est continu; dans une journée, de nombreux mouchoirs sont salis par des mucosités épaisses, muco-purulentes, souvent striées de sang.

D'autres fois, devant la persistance de l'écoulement muco-purulent, on pense à une sinusite frontale ou maxillaire, et ce diagnostic est d'autant plus facilement porté que souvent le malade se plaint de douleurs dans la région des sinus. Alors tous les moyens médicamenteux (inhalations, pommades), ou chirurgicaux (ponction et trépanation), sont mis en œuvre. Naturellement, aucune amélioration ne succède à ce genre de thérapeutique, l'affection continue à évoluer, et ce n'est souvent qu'à l'occasion de l'apparition d'un ganglion cervical, ou d'un envahissement intracranien par la tumeur que le diagnostic est fait.

Dans les deux premières observations de ce chapitre, observations dues à l'obligeance de M. le Docteur Rebattu, le diagnostic de sinusite avait été porté en premier lieu, quoique ces malades eussent été vus par plusieurs médecins, même par des spécialistes. Or, l'erreur venait en grande partie de l'absence d'un examen complet et systématique.

C'est pourquoi, avant de porter un diagnostic de sinusite on pratiquera tous les examens nécessaires, capables de confirmer un tel diagnostic : on se rendra compte que le pus vient bien du sinus en recher-

chant son apparition au niveau du méat moyen; on fera un examen des sinus à la lumière électrique et même dans les cas douteux on n'hésitera pas à demander à la radiographie un complément d'information; dans tous les cas, enfin, il sera bon d'examiner le cavum de son malade au moyen de la rhinoscopie. Ce n'est qu'à cette condition qu'un diagnostic précocce sera fait, qui permettra d'éviter une erreur de diagnostic.

Un autre signe très fréquent de cette forme nasale, souvent concommittant au coryza, c'est l'obstruction nasale. Le malade se plaint d'avoir une narine continuellement obstruée; la nuit souvent cette obstruction augmente, ce qui l'oblige à dormir la bouche ouverte et entraîne le matin au réveil de la sécheresse de la bouche et souvent de la pharyngo-laryngite avec troubles de la phonation.

L'appareil sensoriel est également souvent atteint; les sensations olfactives sont émoussées, ou même font complètement défaut.

Dans certains cas, des épistaxis peuvent apparaître; elles sont rarement très abondantes, mais répétées, survenant sans cause apparente, et pouvant entraîner à la longue un certain degré d'anémie.

Quelque fois le malade éprouve la sensation d'un corps étranger analogue à celle que donne l'hyperrophie postérieure des cornets.

Tous ces signes sont peu marqués à leur début; ils sont souvent pris pour des accidents aigus, passagers et d'allure banale; cependant par leur persistance, par l'augmentation de leur intensité au fur et

à mesure de l'évolution de l'affection, ils éveillent l'attention du médecin averti, et le mettront souvent sur la voie du diagnostic.

OBSERVATION I

(Inédite)

M. REBATTU

Epithélioma spino-cellulaire du cavum, ayant été pris pour une sinusite frontale. Trépanation du sinus frontale. Puis apparition d'une adénopathie bilatérale. Traitement radiothérapique. Mort.

N. Vi..., 43 ans, ingénieur, célibataire.

Vu le 26 décembre 1924.

Très bonne santé habituelle, n'a jamais consulté un médecin.

Il consulte la première fois en juillet, pour un coryza rebelle, qui s'accompagne bientôt d'écoulement purulent. On parle de sinusite, et le 3 octobre, il fut opéré pour une sinusite frontale droite (opération de Jacques). Les suites opératoires furent simples, mais les derniers jours d'octobre, apparut une adénopathie sous-maxillaire et sous-angulo-maxillaire, d'abord à droite, puis à gauche. On pense à une origine syphilitique, commune à la sinusite et à l'adénopathie. Il fut successivement traité par des injections de cyanure de mercure, de sels de Bismuth et des injections d'arsénobenzol.

Ce traitement n'empêcha pas l'adénopathie d'augmenter de volume; le malade nous est adressé.

A l'examen, on est frappé par le volume des ganglions de la région sous-maxillaire, surtout à droite, et l'on pense naturellement au cancer. Le point de départ n'est trouvé ni dans la cavité buccale, ni dans le pharynx, ni dans les fosses nasales, ni dans le larynx.

La rhinoscopie postérieure est malaisée. Par la rhinoscopie antérieure, on ne voit rien d'anormal. Au toucher, on sent une masse dure, mais à surface friable, occupant la partie postéro-supérieure droite du cavum. Après une

patiente cocaïnisation, on arrive à l'apercevoir (elle est végétante), et on prélève un fragment.

Wassermann : Négatif.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma, du type spino-cellulaire, avec globes cornés et réaction lymphoïde très marquée.

Etant donné le volume, la bilatéralité des adénopathies, le traitement radiothérapique reste seul de mise ; il est appliqué dans une ville du Midi, d'où le malade est originaire ; mais après une amélioration passagère, le malade, que nous n'avons pas revu, meurt en avril 1925.

OBSERVATION II

(Inédite)

M. REBATTU

Epithélioma spino-cellulaire du cavum, s'étant tout d'abord manifesté par des symptômes de sinusite. Examen des sinus : négatif. Dans la suite, envahissement ganglionnaire, douleurs dans le territoire du trijumeau. Radiothérapie profonde. Mort.

Rav..., 45 ans, boucher.

Aucun antécédent. Marié ; sa femme a une fille bien portante. A fait toute la guerre sans un jour de maladie. A été opéré en août 1923 d'un kyste suppuré ? de la nuque.

Il raconte avoir pris froid en auto vers le 15 octobre. Il eu des douleurs dans la région maxillaire supérieure gauche et mouche du pus.

Un spécialiste parle de sinusite ; un autre confirme le diagnostic, et tous les traitements médicaux (inhalations, pommades, etc.), furent successivement mis en œuvre.

A la date de notre premier examen (3 décembre 1923), il continue à souffrir, mouche du pus ; à deux reprises il mouche du sang. Il a perdu l'odorat presque complètement. Enfin, si l'appétit est conservé, il a perdu néanmoins 7 kgs.

A l'examen, on ne relève, du côté des fosses nasales, rien d'anormal, si ce n'est la présence de mucosités sales sur le plancher. On se rend compte après cocaïnisation qu'elles ne viennent pas du méat moyen. Aucun signe auriculaire.

Les deux sinus frontaux s'éclairent également, ainsi que les deux sinus maxillaires.

2 janvier 1924 : Rhinoscopie postérieure. — Ulcération végétante et bourgeonnante occupant toute la voûte du *ca-vum*, surtout à gauche. L'orifice choanal droit est complètement libre.

La partie supérieure de l'orifice choanal gauche est en partie masquée par la tumeur.

Rhinoscopie antérieure. — Après cocaïnisation, ulcération néoplasique végétante.

Aucun ganglion.

Une biopsie est faite aussitôt. En voici le résultat :

Epithélioma spino-cellulaire à globes cornés nombreux; karyokinèses rares; abondante réaction lymphoïde infiltrant la tumeur.

Wassermann : Négatif.

Lorsque le malade est revu huit jours après, les douleurs dans la région maxillaire supérieure sont devenues plus vives. Le malade souffre aussi dans la région orbitaire gauche.

Une palpation attentive permet de constater la présence de ganglions sous-angulo-maxillaires.

Non seulement, la tumeur épithéliale s'accompagne d'un envahissement ganglionnaire à son début, mais les douleurs dans la région maxillaire supérieure et frontal, permettent de penser à une atteinte du trijumeau, donc à un envahissement de la base du crâne.

Tout traitement chirurgical étant, de ce chef, contre-indiqué, le malade est traité par la radiothérapie profonde.

Examen du sang avant les irradiations :

Globules rouges 7.300.000

Globules blancs 8.300.000

Formule leucocytaire : Normale.

5 séances d'irradiations (radiothérapie profonde en janvier 1924, en mettant le localisateur tantôt dans le nez, tantôt dans la bouche; tantôt dans la région rétro-maxillaire gauche).

1^{er} février. — Le malade a des céphalées très pénibles, non calmées par les antinévralgiques ; il souffre dans tout

le domaine du trijumeau et dans la moitié gauche de la tête.

Le globe oculaire n'est pas paralysé; un peu de paralysie du moteur oculaire externe.

20 Mars 1924. — Le malade meurt au milieu de souffrances atroces.

OBSERVATION III

In Thèse de BARANGER

Lemaître et Vesselle. — Lymphosarcome (Service de M. le Professeur agrégé Lemaître).

M. L... Emile, 26 ans, charpentier.

Entré le 2 mai 1922, pour obstruction nasale et dysphagie.

Il y a environ un an et demi que le malade a commencé à éprouver de la gêne respiratoire nasale. Cette gêne s'est installée insidieusement sans que le malade puisse préciser la date. Il l'attribuait à des « rhumes de cerveau ».

En novembre dernier, il y a eu, assez brusquement, une aggravation marquée de la gêne respiratoire, à l'occasion, dit le malade, « d'un rhume de cerveau plus violent ».

Au début de décembre, le malade a consulté le Docteur S... On a pratiqué successivement, dans le courant de ce mois, trois interventions : cornéotomie, grattage de végétations, ablation par le nez d'une petite tumeur consistante de la taille d'un haricot. Le malade a été soulagé et a bien respiré quelques temps. Trois semaines après, il a eu de nouveau le nez bouché. Cette obstruction nasale augmentant, il a consulté le Docteur F..., qui a adressé le malade dans le service du Docteur Lemaître.

Examen : Le 2 mai 1922.

Le malade présente une grande difficulté à respirer par le nez. Il doit faire un effort violent pour faire passer un peu d'air par les fosses nasales (très peu de buée sur le miroir de Glatzel). Il respire donc à peu près uniquement

par la bouche et son inspiration est bruyante. La voix est nasonnée, la parole embarrassée.

Le simple examen à l'abaisse-langue montre une tumeur grosse comme un petit œuf de poule, qui occupe la moitié gauche du cavum et une grande partie de sa moitié droite. Le voile est fortement refoulé en avant, rouge, ulcéré en un point près de la luette. Au-dessous du voile, on aperçoit la face inférieure de la tumeur mamelonnée, ulcérée en plusieurs endroits.

Au toucher, la consistance est dure, un peu élastique.

Nez : Les fosses nasales sont encombrées de mucosités filantes. Pas de prolongement intranasal.

Oreilles : Le malade entend mal, les tympons sont enfoncés surtout à gauche.

Cou : Au niveau du tiers supérieur du sterno-mastoïdien gauche, petite masse ganglionnaire moyennement dure; une autre, symétrique du côté droit, beaucoup moins grosse.

Intervention : 30 mai 1922 (Docteur Lemaître, Docteur Buneau). — Ablation d'une partie de la masse cervicale gauche et mise en place de 10 aiguilles de radium (Docteur Cottenot).

3 juin 1922 : Ablation du radium.

7 juin : La plaie cervicale a très bon aspect. Du côté du cavum, on note une grosse diminution de la masse. Le voile du palais est revenu presque à sa place normale et se mobilise mieux. La voix est moins nasonnée.

12 juin : Intervention pour pose du radium à droite (Docteur Lemaître, Docteur Apard).

15 juin : Ablation du radium à droite.

26 juin : La masse cavaire, qui avait nettement diminué, a de nouveau pris de l'extension, et est même plus grosse qu'elle n'était auparavant.

29 juin : Mise en place, dans la masse du cavum, de quatre aiguilles de radium.

1^{er} juillet : Ablation des aiguilles.

10 juillet : Aucune amélioration dans l'état du malade. Celui-ci avale, au contraire, de plus en plus difficilement. La tumeur cavaire n'a nullement régressé.

15 juillet : La dysphagie a encore augmenté; de plus, le malade, gêné pour respirer depuis quelques jours, présente aujourd'hui du tirage. On pratique alors une trachéotomie.

3 août 1922 : Décès.

OBSERVATION IV

(Résumée)

MM. JACOD et DESSIRIER (*In* Thèse de MAYOUX)

B... Louise, 40 ans, domestique, vient le 3 novembre 1925 pour obstruction nasale bilatérale, des hémorragies nasales et pharyngées, une surdité gauche presque absolue. Tous ces symptômes ont débuté vers décembre 1924 et se sont aggravés peu à peu. Examinée par un confrère pour ces troubles très accusés, en mai 1925, on note, à ce moment, qu'il existe une tumeur en chou-fleur, remplissant toute la moitié gauche du cavum, saignant et donnant des sécrétions ichoreuses, sans adénopathies, avec amaigrissement de 4 kgs en quatre mois et mauvais état général.

Après traitement antisiphilitique, qui ne donne aucune amélioration : biopsie, dont l'examen (Docteur Richard), indique un épithélioma.

En juin 1925 : Ablation le plus complètement possible de la tumeur, à la pince de Chatellier, pour faciliter la respiration.

Traitement radiothérapique, du 10 novembre au 2 décembre 1925, en 24 séances.

Intervention, le 4 décembre 1925 : Ablation immédiate de l'implantation tumorale, par rhinoscopie latérale droite, et résection des 2/3 postérieurs de la cloison nasale.

20 février : La malade est en état de complète guérison.

OBSERVATION V

Lymphosarcome primitif du rhino-pharynx, par le Docteur CLERC (de Milan). (Revue Hebdomadaire de Laryngologie, 15 octobre 1910). — Début par des signes d'obstruction nasale.

Il s'agit d'une fillette de dix ans qui commença à se

plaindre d'obstruction nasale en mai 1908. Au mois d'août, elle subit une amygdalotomie double, dont le résultat fut médiocre. En septembre admise dans le service de Calamida, elle présentait une masse charnue, non hémorragique, occupant toute la moitié droite du cavum, accompagnée d'une grosse adénopathie sous-angulo-maxillaire. L'ablation à l'anse froide qui suivit permit de poser le diagnostic histologique de lymphosarcome.

Cependant, l'état général de la petite malade s'empira rapidement : petite fièvre vespérale, amaigrissement, troubles de respiration et de la déglutition, violentes douleurs névralgiques temporo-pariétale et otiques, que seules des applications de Rayons X parvinrent à soulager. Le 1^{er} novembre, apparut une paralysie hypoglosso-faciale, avec secousses nystagmiques et début d'atrophie du nerf optique.

La tumeur du cou augmenta très rapidement de proportions et la fillette mourut le 14 novembre.

A l'autopsie : Piqueté hémorragique sur toute la pie-mère et dans la substance blanche. La tumeur, de la grosseur d'une orange, située à proximité de la base du crâne, envahissant, en bas, la totalité du naso-pharynx et de la région carotidienne ; un prolongement ayant cheminé par la trompe, se montrait dans la caisse sous forme d'un polype. Le trou stylo-mastoïdien est entouré par la tumeur.

Histologiquement la tumeur appartenait à la classe des sarcomes à petites cellules rondes, avec des noyaux très fortement colorables.

OBSERVATION VI

M. LANNOIS (*In* Thèse de NECTOUX)

M. F..., 62 ans, se présente le 20 octobre 1919.

Début semblant remonter à 1915, où le malade, se trouvant à Nice, eut un coryza qu'il n'a pas traité et qui n'a pas cessé depuis.

En juillet 1918 : Le malade va à Challes, et a fait des lavages du nez, qui passent mal, et occasionnent un abcès aigu de l'oreille moyenne gauche, pour lequel le Docteur

Aimard est consulté. Il s'aperçoit, à cette occasion, qu'il est sourd de l'oreille droite.

Deux mois plus tard, il consulte, pour cette surdité, un spécialiste qui enlève au rabot une déviation de la cloison, ce qui n'amène aucun changement.

Il y a 6 mois, apparition d'un ganglion rétro-maxillaire droit : il consulte, il y a trois semaines, le Docteur Girod, qui l'envoie avec le diagnostic de tumeur rétro-nasale.

Le malade a toujours mal respiré depuis un an, surtout la nuit; il paraît cependant respirer par les deux narines, ce qui tient à ce que la cloison présente une assez large perforation, due à l'ablation de l'arête. Il mouche du sang.

A la rhinoscopie postérieure : Grosse tumeur latéro-pharyngée, obturant complètement la choane droite et empiétant légèrement sur la gauche.

Examen histologique : Sarcome à petites cellules.

OBSERVATION VII

(COMPAIRED. *Archives Internationales d'Oto-Rhino-Laryngologie*, 1905.)

Angela L..., 44 ans, mariée, laveuse, se présente à ma clinique le 17 octobre 1904 avec une tumeur ulcérée et saignante au toucher, située dans toute la région latérale droite du naso-pharynx, du pavillon tubaire et des piliers, entourée d'une grande infiltration périphérique qui s'étendait dans les tissus environnants.

La fosse nasale correspondante était également atteinte par le néoplasme qui empêchait complètement la respiration et déterminait de fréquentes et répétées rhinorrhagies. La malade s'aperçut de ceci il y a huit mois, sans savoir à quoi l'attribuer.

Douleurs dans l'oreille droite mais sans phénomènes objectifs d'inflammation, ni de suppuration. Voix nasillardes. Douleurs pour avaler et pour parler.

Engorgement de tous les ganglions correspondants du cou. Pas d'antécédents syphilitiques.

Diagnostic : Epithéliome ulcéré du naso-pharynx, confirmé par l'examen histologique.

Malgré les désirs de la malade et de son mari pour que l'opération fut pratiquée, je n'acceptai point. Seulement dans le cas où la patiente ne pourrait plus respirer et aurait des étouffements. Je lui promis de la faire entrer à la maison de santé, afin de faire la trachéotomie.

OBSERVATION VIII

(COMPAIRED. *Archives Internationales d'Oto-Rhino-Laryngologie*, 1905.)

Julien C..., 55 ans, se présenta à mon cabinet le 9 octobre 1901, avec une tumeur qui obstruait complètement la fosse nasale droite et un peu la gauche, qui remplissait la cavité naso-pharyngienne et repoussait la luette et le voile palatin au bas.

Le malade a eu, dit-il, de fréquents catarrhes du nez, et depuis le dernier, il y a sept mois, il ne pouvait plus respirer par les narines.

La tumeur augmentait petit à petit, sans produire d'hémorragies, ni douleurs, ni gêne, seule la respiration nasale lui était impossible et il avait quelques difficultés pour avaler.

En général, dans cette classe de malades, la voix est nasillard. Le teint est très mauvais. Je ne recontrai aucun engorgement ganglionnaire. Il n'y avait pas d'antécédents syphilitiques.

Diagnostic : Je qualifierai cette néoplasie de sarcome naso-pharyngien inopérable. Je ne revis plus le malade.

OBSERVATION IX

MM. JACOD et BERTOIN (*In Thèse de MAYOUX*)

A..., Louis, 54 ans, vient se faire examiner le 8 juillet 1925.

Début en octobre 1924, par de la gêne respiratoire nasale à droite seulement.

En fin décembre 1924, apparition d'une hypoacousie droite progressive, sans otalgie. Une paracentèse, faite à

ce moment par un confrère, donne issue à du liquide citrin, mais n'améliore l'audition que pendant quelques jours. Au même examen, une rhinoscopie postérieure n'aurait rien montré d'anormal. Depuis quatre mois, l'obstruction nasale augmente, depuis un mois la surdité droite est presque absolue. Depuis cinq à six mois, le patient mouche parfois quelques filets de sang à droite.

A l'examen, la rhinoscopie postérieure révèle une tumeur occupant la paroi latérale droite du naso-pharynx.

Biopsie : Epithélioma développé aux dépens de la muqueuse du cavum, dans la région de l'amygdale tubaire, et probablement ulcéré.

II. - *Forme auriculaire*

Les tumeurs qui se développent sur les parois latérales du naso-pharynx, au voisinage ou au niveau de l'orifice de la trompe vont entraîner dès le début de leur apparition des troubles du côté de l'oreille, en empêchant par leur présence le bon fonctionnement de cet orifice, ou mieux encore en l'oblitérant; or, on sait que la trompe est un canal qui met en communication l'oreille moyenne avec l'air extérieur, et que la bonne aération de cette cavité est une condition indispensable à son bon fonctionnement.

Les troubles auriculaires seront par conséquent très précoces et manifesteront leurs symptômes, souvent avant même que la rhinoscopie n'ait montré quelque chose d'anormal.

Ce sont tout d'abord des signes subjectifs qui apparaissent, et c'est pour ceux-ci que le malade vient consulter. Il se plaint de bourdonnements, d'une diminution unilatérale de l'ouïe. Cette hypsacousie peut

débuter brusquement à l'occasion d'une poussée inflammatoire surajoutée; d'abord intermittente, elle devient continue par la suite en augmentant progressivement d'intensité. Généralement au début, les malades ne s'en inquiètent pas, et lorsqu'ils viennent consulter, quand on les interroge, on s'aperçoit que l'hypsacousie remonte à plusieurs semaines, très souvent même à plusieurs mois.

Les épreuves de l'ouïe pratiquées à cette époque, montrent une lésion de l'appareil de transmission. Le Weber est latéralisé du côté malade, le Rinne est négatif. Cependant ces troubles peuvent passer inaperçus lorsque la tumeur se développe chez un sujet présentant déjà de l'hypsacousie.

Puis apparaissent les signes objectifs indiquant la présence de liquide séreux ou purulent dans la caisse.

L'otite est tout d'abord séreuse; le tympan présente habituellement sa coloration normale, mais il est déprimé, le triangle lumineux n'a plus sa forme normale. Le cathétérisme ramène un liquide clair, peu abondant, sans caractères particuliers. Généralement, immédiatement après le cathétérisme, l'ouïe s'améliore. On fait alors le diagnostic d'otite catarrhale avec épanchement. Cependant cette amélioration n'est que passagère, quinze jours au plus, et si on ne fait pas le diagnostic de la véritable nature de l'affection, les cathétérismes seront répétés plusieurs fois, mais sans jamais amener la guérison.

A la longue, l'infection se surajoutant, l'otite deviendra suppurée, le tympan sera perforé après de

violentes douleurs et un écoulement purulent s'établira.

A côté de ces signes d'inflammation de l'oreille, on peut citer comme autre signe attirant l'attention de ce côté : l'otalgie. Mais l'otalgie relève d'une compression nerveuse et non d'une lésion de l'oreille; nous en reparlerons du reste plus loin.

OBSERVATION I

(Résumée)

MM. COLLET et R. CONDAMIN

(*Lyon Médical*, 25 décembre 1921, p. 1077.)

A... Pierre, 38 ans, carreleur, entre dans le service de M. Collet le 28 septembre 1920.

Au mois de février dernier, a souffert de douleurs vers la région parotidienne droite, s'irradiant vers le nez et l'oreille du même côté.

Le 22 mai, s'est présenté à la consultation oto-laryngologique de M. Collet, avec des symptômes d'otite moyenne aiguë; il éprouvait, depuis deux jours, des douleurs violentes dans l'oreille droite, avec irradiations; la paracentèse donna issue à un liquide sous pression fortement teinté.

Au début de septembre, est revenu à la consultation avec un gros ganglion sous-angulo-maxillaire; le toucher du pharynx faisant constater une tuméfaction très dure derrière le pilier antérieur droit.

La tuméfaction de la région cervicale droite datait du mois de mai; en juin, douleurs dans la gorge; à partir de ce moment, le volume de l'amygdale droite a augmenté progressivement, ainsi que les ganglions cervicaux correspondants.

20 octobre 1920 : Un fragment de la tumeur amygdalienne est prélevé pour biopsie. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait d'une tumeur de la série conjonctive,

Application de radium à travers le voile du palais et dans le ganglion. Disparition rapide des symptômes fonctionnels de la tumeur pharyngée et de l'adénopathie.

Récidive à gauche au bout de quelques mois. Deuxième application de radium dans la tumeur et dans le ganglion; même disparition des symptômes, de la tumeur et de l'adénopathie.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome globo-cellulaire du pharynx nasal; l'infiltration sarcomateuse dissociat les fibres musculaires du voile du palais, dont il persistait des fragments.

OBSERVATION II

(Résumée)

M. ESCAT (*In* Thèse de LAVAL)

Epithéliome du pavillon tubaire gauche chez une fille de 28 ans. — Début par diminution de l'ouïe, douleurs auriculaires, catarrhe tubaire. — Cathétérismes répétés sans succès et douloureux. — Evolution rapide par infiltration de la paroi latérale gauche de l'oro-pharynx et de l'espace maxillo-pharyngien.

Fille de 28 ans, vient consulter pour des troubles de l'oreille gauche, remontant à trois mois environ : diminution très sensible de l'audition, quelques douleurs auriculaires, sans bourdonnements.

A l'examen du tympan, signes classiques de catarrhe tubaire : dépression considérable, avec effacement complet du triangle lumineux.

Weber : latéralisé à gauche ; Rinne : négatif.

A la rhinoscopie postérieure (assez difficile à pratiquer) : mucosités épaisses sur la face naso-pharyngienne du voile et sur la paroi postérieure du pharynx, voûte inexplorée.

On diagnostique catarrhe naso-pharyngien, compliqué de catarrhe tubaire. Badigeonnage à la glycérine mentholée. Cathétérisme très difficile, malgré l'application de cocaïne; les tentatives d'engagement de la sonde sont très douloureuses et sans résultats. La simple douche d'air ne réussit pas non plus à rétablir la perméabilité tubo-tympanique.

On prescrit une pommade aristolée et on renvoie la malade à la prochaine consultation.

A la consultation suivante, elle avoue qu'avant de venir, elle a fréquenté pendant deux mois environ une clinique de la ville, où elle a été soumise, sans succès, à des cathétérismes répétés; elle a même quitté cette clinique parce que les cathétérismes devenaient de plus en plus douloureux. On tente encore le cathétérisme, mais avec autant d'insuccès que la première fois.

Douleur auriculaire spontanée persistant en l'absence de signes objectifs d'otite moyenne aiguë, le tympan étant simplement déprimé et plutôt anémie que congestionné.

Ces symptômes amènent à l'examen du rhino-pharynx; sur la paroi gauche, tumeur fongueuse, de la dimension d'une amande, à grand axe vertical, enveloppant le pavillon tubaire et dont l'extrémité se prolonge sur le pli salpingo-pharyngien.

Ni adénopathie des ganglions rétro-pharyngiens, ni adénopathie des ganglions angulo-maxillaires et cervicaux.

Les proportions relativement considérables de la tumeur, son évolution progressive, l'absence d'accidents secondaires, qui, dans le chancre pharyngien, apparaissent toujours avant la résolution complète de ce dernier, enfin l'absence d'adénopathie, font éliminer le diagnostic de chancre du pavillon tubaire, secondaire à un cathétérisme infectant.

On songe à l'infiltration syphilitique et on prescrit l'iode. Ce traitement ne donne aucun résultat après un mois.

On suspend le traitement syphilitique et on prélève un morceau de la tumeur.

Il s'agit d'un épithéliome.

Marche rapide, état lamentable. Infiltration de l'oropharynx, de l'espace maxillo-pharyngien. La tumeur pharyngée fait corps avec d'énormes ganglions cervicaux.

Dysphagie considérable. Douleurs des régions parotidiennes, auriculaires et temporales. La malade est perdue de vue,

OBSERVATION III

MM. BOURGEOIS et BARANGER (*In* Thèse BARANGER, 1925)

M. R..., 21 ans, plongeur de restaurant. Entre en mars 1925, dans le service de M. le Docteur Bourgeois, pour otite moyenne suppurée droite, avec inaction mastoïdienne. Paracentèse et compresses chaudes soulagent le malade, qui sort au bout de quelques jours.

En mai, le malade, dont l'oreille coule toujours, revient consulter pour obstruction nasale, épistaxis, douleurs violentes dans la sphère du trijumeau droit.

Examen : Grosse masse végétante comblant complètement le cavum et envoyant dans le nez des prolongements.

OBSERVATION IV

MM. LANNOIS et BÉRIEL (*In* Thèse de NECTOUX)

Sarcome de la trompe d'Eustache gauche chez un homme de 68 ans. — Début par diminution de l'ouïe, retentissement de la voix, bourdonnements. — Prolongement intracranien avec syndrome du carrefour pétro-sphénoïdal (névralgie du trijumeau, ophtalmoplégie, amaurose). — Ni adénopathie, ni ulcération. — Radiumthérapie : Guérison locale. — Mort par compression intracrânienne. — Evolution totale en six mois.

Des..., 68 ans, se présente en avril 1919. Vient du service du Docteur Bériel, où il est entré pour troubles divers, remontant à quatre mois environ.

Pas d'antécédents pathologiques.

Début par troubles auditifs avec hypoacousie variable, retentissement de la voix et bourdonnements.

Puis surviennent de la céphalée et des troubles oculaires qui deviennent prédominants. Depuis trois mois, vue diminuée à gauche; depuis deux mois, diplopie; depuis trois semaines, perte de la vision à gauche. Céphalées de plus en plus violentes depuis trois mois, ne cédant un peu que par l'absorption d'au moins trois cachets antinévralgiques par jour. Hypoesthésie de la joue gauche. Gêne de la respiration de la fosse nasale gauche depuis trois mois.

L'état général a baissé depuis deux mois. Le malade a beaucoup maigri. A l'entrée : Faiblesse et maigreur frappantes, teint terreux, marche pénible, état presque cachectique.

A l'examen rhinoscopique antérieur : Fosse nasale gauche un peu rétrécie par hypertrophie du cornet inférieur. A la rhinoscopie postérieure : Paroi latérale gauche repoussée en totalité vers la lumière du cavum, trompe gauche triplée de volume, muqueuse infiltrée non ulcérée. Au toucher : Tumeur sarcomateuse dure, autour de la trompe cartilagineuse et refoulant la muqueuse du nasopharynx. Voile non infiltré, un peu repoussé en avant, presque aussi mobile à gauche qu'à droite. Pas de parésie du pharynx, ni de paralysie recurrentielle. Langue, plus molle à gauche qu'à droite et pointe déviée à gauche.

Examen des oreilles : tympan gauche enfoncé et un peu opaque, audition aérienne diminuée de ce côté. Les troubles auditifs sont dus à l'obstruction tubaire.

Examen des yeux (Docteur Bussy) : Ophtalmoplégie presque complète, avec amaurose à gauche. Paralysie totale des IV^{me} et VI^{me} paires, partielle du moteur commun, portant sur le droit interne et un peu sur le supérieur et l'inférieur. Sphincter pupillaire paralysé. Cataracte au début. Rien au fond de l'œil. Le sympathique semble intact.

Examen général : Pas de troubles moteurs, ni sensitifs, sauf hyperesthésie buccale à gauche. Réflexes normaux. Rien aux autres organes. Pas de ganglions.

1^{er} mai 1919 : Application de radium.

9 mai : Le malade peut souffler et se moucher par la narine gauche. Les douleurs névralgiques de la face ont beaucoup diminué; la motilité de l'œil est très améliorée. La tumeur paraît un peu diminuée.

26 mai : Amélioration persistante de l'œil et du nasopharynx. A la rhinoscopie postérieure, on ne retrouve plus de tumeur; trompe normale, on ne sent rien au toucher. Audition très améliorée. Par contre, violentes douleurs dans la région sous-orbitaire gauche.

1^{er} juin : L'amélioration des signes subjectifs tend à

disparaître. Retour des céphalées et paresthésies douloureuses de la face. Globe oculaire gauche moins mobile. Etat général déficient.

14 juin : Etat général de plus en plus mauvais. Depuis deux jours, obnubilations intellectuelle. De nouveau ophthalmoplégie gauche, presque totale avec, en plus, du ptosis. Par contre, la tumeur naso-pharyngée n'a pas reparu : Il semble que la tumeur se soit développée dans la loge cérébrale moyenne par la trompe osseuse et le rocher.

15 juin : Mort brusque, sept mois après les premiers symptômes. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Examen histologique (Docteur Bouchut) : Il s'agit d'un sarcome à petites cellules.

III. - *Forme ganglionnaire*

Cette forme d'apparition quelquefois très précoce et d'autant plus importante à connaître qu'elle peut pendant longtemps constituer le seul signe de l'affection en cause. Aucun trouble fonctionnel dans cette forme : pas de troubles du côté du nez; la respiration est normale ou à peu près; de même aucun signe du côté des oreilles, ni surdité, ni otalgie. Seule une adénopathie cervicale (forme ganglionnaire).

Devant l'absence des signes fonctionnels, le malade souvent, surtout si l'adénopathie est de petit volume, ne va pas consulter; il pense à une affection banale et sa quiétude n'est pas troublée. Ce n'est souvent que plus tard devant la persistance et l'augmentation progressive de la tumeur ganglionnaire qu'il se décide à voir un médecin.

Cette adénopathie se manifeste tout d'abord sous la forme de quelques ganglions qui apparaissent le long de la loge vasculaire du cou; puis ces ganglions

augmentent de volume, se fusionnent et arrivent à former une masse volumineuse, dure, bosselée, adhérente aux plans profonds, sur lesquels on ne peut la mobiliser.

Souvent bilatérale elle entraîne une déformation très marquée du cou.

Mais avant d'en arriver à ce stade d'envahissement, elle peut rester pendant très longtemps de petit volume. Témoin ce cas observé par Flour dans le service de Verneuil : le malade présentait depuis cinq ou six ans dans la région droite du cou, une toute petite tumeur qui subitement en un mois avait pris un développement considérable.

L'envahissement des ganglions latéro-pharyngiens, plus difficile à dépister, se manifeste par un soulèvement de la paroi pharyngée; cependant malgré cela on ne pourra pas toujours affirmer leur envahissement, car la masse ganglionnaire soulevant la paroi pharyngée, peut être très facilement confondue avec un prolongement pharyngien de cette tumeur.

Tardive dans le sarcome, l'adénopathie apparaît d'une façon très précoce dans l'épithélioma, où elle peut atteindre un grand développement et même masquer entièrement les symptômes de la tumeur primitive. Dans certains cas même la nature de l'adénopathie peut rester longtemps insoupçonnée, et les diagnostics les plus variés peuvent être portés. Dans d'autres cas, cependant, c'est l'adénopathie qui attire l'attention sur le naso-pharynx.

OBSERVATION I

(Inédite)

M. le Professeur COLLET

Traité d'Oto-Rhino-Laryngologie (pp. 134-135, figures 29 et 30). A l'impression.

Sarcome du pharynx nasal. Début par adénopathie cervicale droite, puis gauche; puis troubles nerveux : otalgie, paralysie du moteur oculaire externe droit, de la corde vocale droite, de la moitié droite du voile du palais. Pouls à 120. Mort.

Femme de 55 ans, entrée dans mon service le 11 octobre 1922, porteur, de grosses masses néoplasiques comblant la région carotidienne droite, indolores, dures, immobiles, du volume d'un poingt d'enfant, remontant en haut jusqu'à la mastoïde, descendant en bas jusqu'à la région sus-claviculaire; à gauche, adénopathie carotidienne, analogue, du volume d'un œuf. L'affection a débuté il y a trois mois, par une tuméfaction carotidienne droite du volume d'une noix. Quelques séances de radiothérapie, pratiquées peu après le début de l'affection, dans un autre hôpital, avaient amené la fonte momentanée de l'adénopathie. Actuellement, les symptômes subjectifs se bornent à de l'otalgie droite (sans lésion tympanique et sans trouble de l'audition), à quelques vertiges, à une céphalée intermittente, surtout localisée à droite, à une gêne intense, non douloureuse de la déglutition, datant d'un mois environ, et à des douleurs spontanées. Une masse rosée, non ulcérée, occupe le cavum, obstruant complètement la fosse nasale droite, incomplètement la gauche. Paralysie du moteur oculaire externe droit, avec diplopie remarquée depuis un mois, paralysie de la corde vocale droite en position médiane, paralysie de la moitié droite du voile du palais. Pendant la nausée, mouvement de translation appréciable de la paroi postérieure du pharynx vers la gauche, en même temps que, seul, le pilier postérieur gauche se porte vers la ligne médiane. Langue un peu déviée à droite, sa moitié gauche plus épaisse et plus étroite; saisie entre les doigts à travers une compresse, la moitié

droite est sentie flasque, alors qu'on sent l'autre se contracter. Quelques jours plus tard, apparition d'une adénopathie inguinale. Les semaines suivantes ont été marquées par des douleurs plus vives, par une augmentation de l'adénopathie à droite et à gauche.

Un mois après l'entrée, la tumeur apparaît dans le pharynx buccal refoulant les piliers du voile. Les phénomènes paralytiques demeurent identiques : la corde vocale droite est toujours sur la ligne médiane, avec affrontement de la gauche, rien au spinal externe, pòuls à 120 ; le déplacement de la paroi postérieure du pharynx est toujours moins appréciable sous l'énorme tumeur qui descend du pharynx nasal.

Mort le 1^{er} décembre.

A l'autopsie : Pas de prolongement intracranien de la tumeur, mais le rocher droit, surtout à sa pointe, est élargi et comme soufflé, ce qui explique la paralysie du moteur oculaire externe.

En faisant sauter la partie moyenne de la base du crâne on isole, on décolle la tumeur : elle est de consistance mollasse, de coloration blanchâtre, occupant tout le pharynx nasal et en partie le pharynx buccal, développée sous la muqueuse, qui ne paraît ni envahie, ni ulcérée. Broncho-pneumonie aux deux bases, avec pleurésie purulente de la base gauche. Pas de ganglions mésentériques. Rien d'anormal au foie, à la rate, au pèritoine et au pèricarde. Un noyau de généralisation dans le rein droit, deux dans le rein gauche. Examen histologique : Sarcome globocellulaire.

OBSERVATION II

LEMAITRE et BARANGER (*In Thèse de BARANGER*)

Mlle R... Maria, 21 ans, employée, entre le 19 octobre 1923 dans le service de M. le Docteur Lemaître.

Depuis deux mois, la malade se sent gênée à la déglutition, et elle a vu apparaître à ce moment une tuméfaction en arrière de l'angle du maxillaire gauche, tuméfaction qui augmente peu à peu.

Plus récemment sont apparus : d'une part des signes d'obstruction nasale, d'autre part des céphalées à exacerbations nocturnes et à prédominance occipitale.

Examen : Le 19 octobre 1923.

On note :

Cou : Une masse cervicale gauche, de la grosseur d'un œuf de poule, masse douloureuse à la pression, située en arrière et au-dessous de l'angle du maxillaire et s'étendant :

En avant, jusqu'au niveau du bord antérieur du masseter.

En haut, jusqu'à un travers de doigt du lobule.

En arrière, jusqu'à deux travers de doigt de la pointe de la mastoïde.

En bas, jusqu'à trois travers de doigt de la clavicule.

Cette masse dure, qui n'adhère pas aux plans superficiels, semble englober le sternomastoïdien et ne se meut pas du tout sur les plans profonds.

Du reste, les mouvements du cou sont gênés dans tous les sens et douloureux quand la malade force.

Même au repos, les douleurs de type névralgique prennent départ dans la masse et irradient vers l'oreille et les gencives.

Masse cervicale droite de même siège, mais beaucoup plus petite.

Nez : à droite : Grosse hypertrophie du cornet inférieur.

A gauche : Fosse nasale perméable, qui permet d'apercevoir, au niveau de la choane, une masse rose, lisse, bombée, saignant au moindre contact.

Pharynx : Grosses amygdales pédiculées, gênant la rhinoscopie postérieure.

Oreille gauche : Conduit auditif externe douloureux, un peu enflammé.

Biopsie : Du cavum, des ganglions. Epithélioma, dont certaines cellules rappelaient les cellules du lobe antérieur de l'hypophyse.

Intervention, le 26 octobre 1923 (Docteur Lemaître) : Ablation de la grosse masse ganglionnaire gauche, puis trai-

tement radiothérapique (Docteur Surrel) sur la région maxillaire inférieure. Après la troisième série du traitement radiothérapique, le ganglion du côté droit a disparu. Mais l'examen de la bouche, rendu difficile par un peu de trismus, montre un abaissement en masse de la partie gauche du voile et des piliers de l'amygdale gauche.

Le 11 octobre 1924, la malade rentre dans le service. Il y a quatre semaines, sont apparus des signes d'adénophlegmon cervical droit, avec fièvre, inappétence. Le phlegmon s'était abcédé ou ouvert spontanément le 6 octobre.

Examen le 11 octobre 1924 : Malade pâle, fatiguée, lasse, se plaignant de céphalées. Cette céphalée, surtout occipitale, revient assez périodiquement la nuit, vers trois heures du matin, à neuf heures du matin et vers trois à quatre heures de l'après-midi. La malade a beaucoup maigri; elle dit peser actuellement 54 kilogs au lieu de 75, son poids antérieur.

Cou : Du côté gauche, cicatrice en bon état. A deux travers de doigt en arrière, au niveau du bord antérieur du trapèze, on constate la présence d'un ganglion de la grosseur d'une amande environ.

Du côté droit, on trouve une infiltration très dure, ligneuse, des téguments, s'étendant le long du sterno-mastoïdien, et en arrière de la branche montante du maxillaire. Pas de ganglions palpables.

Le trismus présenté par la malade n'a pas augmenté à la suite de l'adénophlegmon. Au fond de la bouche, on aperçoit, au-dessous du voile abaissé et projeté en avant, une masse volumineuse, faite de bourgeons très sanieux.

La rhinoscopie antérieure montre cette masse au fond des fosses nasales.

La malade sort le 23 octobre; les phénomènes inflammatoires cervicaux sont entièrement guéris. Elle va continuer à recevoir chez elle les injections de morphine qui sont maintenant sa seule thérapeutique utile.

OBSERVATION III (In Thèse de BARANGER)

M. M..., 27 ans.

Consulte pour adénopathie sous-angulo-maxillaire, adhérente, dure.

Examen des muqueuses, en particulier de celle du cavum : 0.

Pas de biopsie à ce moment, Rayons X cervicaux.

Quelque temps plus tard, le malade est de nouveau vu; on trouve, au niveau d'une paroi latérale du cavum, une lésion minime, une infiltration qui fait dire « que le cavum n'est pas normal ».

Biopsie à ce niveau : Lymphocytome.

OBSERVATION IV

(In Thèse de LAVAL)

Epithélioma du naso-pharynx chez un homme de 68 ans.

Adénopathie cervicale énorme, seul signe physique extérieur.

Le 30 mai 1902, le Professeur Audry adresse à la clinique, L. E..., pour rechercher si les voies aériennes supérieures, ne recèleraient pas la cause d'une adénopathie cervicale énorme, seul signe physique extérieur.

Le malade ne se plaint que de douleurs cervicales. Début il y a cinq mois. Rhinolalie fermée légère.

La rhinoscopie postérieure fait découvrir une tumeur fongueuse, du volume d'un marron, occupant presque toute la largeur de la voûte, masquant complètement la choane droite et laissant voir la queue du cornet inférieur à gauche.

D'après les apparences, il s'agissait d'un épithéliome, et l'examen histologique confirma le diagnostic. Ce malade a été perdu de vue.

OBSERVATION V

(Résumée)

ABOUKER (d'Alger)

(*Bulletin d'Oto-Rhino-Laryngologie*, mars 1912)

Indigène, 60 ans, entré à l'hôpital pour une tumeur ganglionnaire de la région parotidienne droite, de consistance ligneuse, de nature cancéreuse.

Pas de symptômes fonctionnels. A la rhinoscopie anté-

rieure, on perçoit, dans le fond de la fosse nasale droite, une masse bourgeonnante. Au toucher du cavum, le doigt est pris dans un défilé formé par le voile contracturé et les bourgeons emplissant le cavum. A l'examen, on constate que le cavum est envahi par de l'épithélioma.

OBSERVATION VI

(Résumée)

ABOUKER (d'Alger)

(*Bulletin d'Oto-Rhino-Laryngologie*, mars 1912)

Femme, 40 ans. Dix-huit mois auparavant, elle a été atteinte de douleurs et de gêne, dans la région rétro-sous-angulo-maxillaire droite et a vu apparaître une tumeur. Cette tumeur fut soignée par le traitement spécifique. Une deuxième tuméfaction apparut à gauche, puis la malade eut de la gêne de la respiration et de la phonation.

Au toucher naso-pharyngien, le doigt est arrêté derrière le voile par un tissu dur, et ne peut atteindre la voûte qu'en forçant une sorte de défilé.

Biopsie : Epithélioma.

OBSERVATION VII

(Résumée)

ABOUKER (d'Alger)

(*Bulletin d'Oto-Rhino-Laryngologie*, mars 1912)

Homme, 50 ans. A subi trois mois avant l'ablation des ganglions carotidiens gauches. Il a, depuis six mois, de la gêne de la déglutition, des crachements de sang et des épistaxis. Obstruction nasale, surtout à droite. Otalgie droite. Céphalées.

Au toucher naso-pharyngien, on sent une masse dure et ulcérée, siégeant sur la paroi postérieure du cavum.

Extraction de la tumeur par voie transmaxillo-nasale. Mort douze jours après.

A l'autopsie, on trouve le sinus sphénoïdal envahi par les bourgeons cancéreux.

OBSERVATION VIII

Carcinome (?) de la voûte du naso-pharynx

Obs. de FLOUR, Service de VERNEUIL

(In Thèse de LAVAL)

M. X..., 39 ans, entre à la Pitié le 17 mai 1873. Il y a cinq ou six ans, cette femme s'aperçut qu'elle portait une petite tumeur au côté droit du cou. Restée stationnaire depuis, elle prit, en ces derniers mois, un accroissement considérable. Actuellement, c'est une masse bosselée, occupant l'espace compris entre le lobule de l'oreille et la clavicule, et envahissant tout le côté droit du cou. Les ganglions profonds sont pris, car on voit l'amygdale saillante et animée de battements synchrones au pouls.

A l'examen du naso-pharynx, au toucher, on sentait une tumeur dure, bosselée, occupant la voûte du naso-pharynx et répondant à l'apophyse basilaire de l'occipital. Jusqu'en ces derniers temps, tout avait évolué sans la moindre gêne. C'est la tumeur du cou qui a attiré l'attention de la malade, pendant que la tumeur pharyngienne passait inaperçue.

OBSERVATION IX

M. Herbert TILLEY

(Revue Hebdomadaire de Laryngologie, 1912)

Tumeur maligne du naso-pharynx, compliquée de surdité, névralgie et faiblesse du releveur du palais.

S. H. B..., 41 ans, vint me consulter le 29 avril 1909 pour une surdité de l'oreille droite, datant de six semaines. Pas de douleurs, ni écoulement, ni bourdonnements. Les épreuves ordinaires révélèrent une otite moyenne et la présence de liquide dans la caisse. Paracentèse et évacuation d'un liquide séreux, clair, suivie d'une restauration immédiate de l'ouïe, qui baissa le soir même, mais qui est restée meilleure pendant quelques mois.

Revu le 10 avril 1910, le malade constata une petite masse à la partie supérieure du cou, du côté droit, et consulta son médecin. Celui-ci pensa que la tuméfaction était

un ganglion tuberculeux, en raison d'antécédents tuberculeux très chargés parmi les membres de la famille. Cependant, ni le médecin, ni un autre confrère consultant ne purent trouver aucun signe de tuberculose dans les poumons; mais, vu les antécédents tuberculeux, on pratiqua des injections de tuberculine, dont la deuxième a été suivie d'une pyrexie vespérale ($38^{\circ}5 - 39^{\circ}$), qui a duré six semaines et n'a cessé que lorsqu'on eut envoyé le malade à la campagne.

Environ six semaines après la seconde injection de tuberculine, apparut une violente névralgie, affectant principalement la région temporale droite et derrière l'oreille la région mastoïdienne. La névralgie avait duré six semaines, conservant la même violence et se propageant à la région du maxillaire inférieur droit et dans la tumeur glandulaire. Quand la douleur était violente, le malade éprouvait une sensation d'engourdissement et de raideur dans la région mandibulaire. La névralgie était accompagnée de trismus.

Il y a cinq ou six semaines, le malade se fit admettre dans un hôpital, afin de se faire enlever le ganglion, quand un examen du naso-pharynx révéla une tumeur dans le côté droit de cette région; un petit fragment en a été enlevé pour l'examen microscopique, qui en décela la nature sarcomateuse. Depuis l'ablation de cette portion du néoplasme, le malade prétend qu'il peut ouvrir la bouche plus largement. La névralgie est maintenant beaucoup diminuée, probablement parce qu'il prend de l'aspirine qui soulage rapidement la douleur.

Depuis le 10 avril 1910, jusqu'à hier (16 novembre 1911), je n'ai pas examiné le malade; maintenant, l'état est le suivant : légère perte de la résonance nasale dans la voix; surdité marquée de l'oreille droite; léger écoulement du conduit droit, avec perforation dans le quadrant antéro-inférieur du tympan; les épreuves de l'ouïe montrent que la surdité a pour cause une lésion de l'oreille moyenne. Derrière la branche montante du maxillaire inférieur, existe une tumeur dure; mobilité défectueuse du côté droit du voile du palais; l'extrémité inférieure d'une tumeur

naso-pharyngienne se voit derrière et au-dessous du bord libre droit du voile. L'examen digital révèle une tumeur lisse, circonscrite, occupant le côté droit du naso-pharynx et masquant l'orifice tubaire.

Cet examen était difficile en raison de la difficulté d'ouvrir largement la bouche.

L'anesthésie sur le côté droit du maxillaire inférieur n'est pas très marquée. Ce cas est presque identique à celui que j'ai vu avec M. Edouard Law, et qui a été rapporté par lui à la section et aussi à ceux qui forment le sujet du travail de M. Trotter, paru dans *The British Medical Journal*, le 28 octobre 1911. Dans tous ces cas, on a noté cette curieuse et presque pathognomonique association de symptômes précoces, à savoir : surdité, névralgie de la deuxième branche de la cinquième paire et une mobilité diminuée du releveur du voile. La plus commune tumeur qui produit ces symptômes est l'endothélioma.

Dans ce cas, qui est maintenant à un stade avancé, il ne saurait être question d'opération, et nous nous proposons d'essayer l'application de radium à l'intérieur et à l'extérieur.

IV. - *Forme nerveuse*

La propagation intracrânienne des tumeurs du cavum, apparaît le plus souvent à la suite d'une récurrence, après un traitement chirurgical ou radiothérapique. Cependant, dans certains cas, cet envahissement intracrânien est parfois noté d'une façon très précoce, notamment lorsque le point de départ de la tumeur siège au niveau de la voute ou de la région latérale péritubaire. Ce sont surtout les tumeurs de nature sarcomateuse qui envahissent la cavité crânienne. Comme on serait tenté de le croire, cet envahissement n'est pas le fait de métastases, celles-ci étant exceptionnelles, mais à une propagation intra-

cranienne par continuité. La tumeur envoie des prolongements, qui pénètrent dans la fosse cérébrale moyenne par le trou déchiré antérieur et atteignent la région du carrefour vasculo-nerveux petro-sphénoïdal ou cheminent les nerfs trijumeau, moteur, oculaire externe, moteur oculaire commun et pathétique. L'atteinte de ces nerfs par la tumeur se traduit par une série de symptômes, réunis par Jacod sous le nom de syndrome du carrefour pétro-sphénoïdal, syndrome qui se manifeste par une névralgie du trijumeau, une ophtalmoplégie partielle ou totale avec diplopie, du ptosis, de la dilatation et de l'immobilité pupillaire.

Selon MM. Rebattu et Proby, au point de vue nerveux dans l'étude de la région du carrefour pétro-sphénoïdal, on peut considérer que les nerfs se réunissent en deux groupes : le groupe externe formé par les trois branches du V, le groupe interne III, IV, VI.

Suivant le siège latéral ou médian de la tumeur, les signes de compression sont différents, intéressant soit le trijumeau pour les tumeurs à point de départ externe (péritubaires), soit les III, IV, VI pour les tumeurs de la région médiane. Naturellement il y a des cas intermédiaires où le VI qui sert de trait-d'union entre les deux groupes est intéressé.

Une propagation étendue donnera des signes de tout le carrefour nerveux, et ce terme est employé à dessein, car si anatomiquement, il s'agit bien d'un carrefour vasculo-nerveux (décrit par Jacod), cliniquement l'élément vasculaire est toujours respecté

par la tumeur, et on ne constate pas de thrombophlébite.

En schématisant un peu, on peut donc distinguer des formes cliniques bien tranchées :

1° Une forme externe. Dans ce cas, il s'agit d'une tumeur latérale, d'un sarcome péritubaire presque toujours. Le trijumeau avec le ganglion de Gasser est alors comprimé par la tumeur, d'où les névralgies intenses et souvent très pénibles, avec de l'otalgie. Fréquemment il s'y associe des signes auriculaires et du refoulement du voile; c'est la triade de Trotter.

2° Une forme interne, où la tumeur est médiane ou juxta-médiane. Ici, pas de douleurs névralgiques (le V est respecté), mais des signes oculaires (syndrome de l'œil figé) par compression des III, IV, VI.

Cependant, tous les nerfs moteurs oculaires ne sont pas également intéressés et comme nous le verrons dans notre observation I, c'est uniquement la III^e paire qui est atteinte et d'une façon incomplète, le malade présentant seulement une paralysie de la paupière et du droit supérieur.

L'atteinte du nerf optique, plus interne et qui gagne rapidement le trou optique, se manifeste par une amaurose plus ou moins rapide; mais son atteinte est beaucoup plus rare.

L'irritation ou l'envahissement des méninges par les prolongements néoplasiques expliquent la céphalée tenace et violente qui ne cède à aucune thérapeutique.

Au niveau du trou déchiré postérieur l'envahissement des quatre derniers nerfs craniens, par la

tumeur elle-même ou par une masse ganglionnaire néoplasique, nous donne un syndrome particulier, connu sous le nom de syndrome du trou déchiré postérieure.

Ce syndrome qui a été bien décrit par le Professeur Collet et son élève Vernet dans sa thèse, se manifeste par la paralysie de ces quatre derniers nerfs :

Paralysie du glosso-pharyngien, consistant en des troubles du goût et des troubles de la déglutition par suite de la paralysie des constricteurs du pharynx (difficulté de la déglutition des solides).

Paralysie du pneumogastrique, se manifestant par des troubles moteurs et sensitifs portant sur la moitié du voile du palais et du larynx, des troubles respiratoires et cardiaques (accélération du pouls). Chose intéressante à signaler, la paralysie d'un seul pneumogastrique suffit à produire l'accélération du pouls.

Paralysie du spinal, avec les troubles paralytiques du voile, du larynx, du trapèze et du sterno-cléido-mastoïdien.

Enfin paralysie de l'hyperglosse se traduisant par l'embarras de la parole, la déviation de la pointe de la langue du côté paralysé et son hémiatrophie.

Ces paralysies atteignent rarement un seul nerf ; leur combinaison peut revêtir les types d'Avellis, de Schmidt, de Jackson ou de Tapia.

La paralysie simultanée des quatre derniers nerfs se traduit par un syndrome spécial, connu sous le nom de syndrome total des quatre derniers nerfs. Ce syndrome bien décrit par M. Collet, est caractérisé

par une hémiplégie du voile du palais, du pharynx, du larynx et de la langue.

OBSERVATION I

(Résumée)

MM. COLLET et REBATTU (*Archives de Laryngologies*, 1923)

Tumeur de la voûte du pharynx chez un homme de 42 ans.

Début par céphalées, puis adénopathie cervicale droite. Apparition de signes oculaires à droite : ptosis, paralysie du droit supérieur. Névralgie du trijumeau.

Mort subite.

Autopsie : Tumeur de la moitié droite du naso-pharynx.

Envahissement intra-cranien, au niveau de la partie antérieure de la fosse cérébrale moyenne : pénétration par le trou déchiré antérieur.

Aug. J.-B..., 42 ans, de Neuville-sur-Saône, entré dans le service le 17 juillet 1923, pour adénite cervicale droite.

Depuis un an, céphalée et fléchissement de l'état général. Depuis quatre mois, apparition d'une tuméfaction ganglionnaire cervicale droite, dure et douloureuse. Ptosis à droite depuis deux mois. Gêne de la déglutition et de la parole depuis quinze jours. Une dureté d'ouïe bilatérale existant depuis dix ans, s'est aggravée depuis quatre mois.

A l'examen : Volumineuse tuméfaction de la paroi postérieure droite du pharynx : le voile du palais est fortement repoussé en avant dans sa moitié droite : l'amygdales droite paraît énucléée de sa loge, mais dure au toucher. A la rhinoscopie postérieure, masse grise et lobulée provenant de la voûte, comblant en partie la moitié droite du naso-pharynx : le toucher provoque une petite hémorragie.

A la rhinoscopie : Pas d'envahissement des fosses nasales.

Volumineuse masse ganglionnaire dans la région cervicale droite, s'étendant de la pointe de la mastoïde à la pointe de l'os hyoïde, en suivant le bord inférieur du maxillaire. Petits ganglions durs à gauche, dans la région cervicale.

Examen des yeux : pupilles en myosis réagissant à la

lumière et à l'accommodation, ptosis droit, paralysie du droit supérieur droit.

L'examen des oreilles montre un otite sèche bilatérale, sans état aigu ni trace d'inflammation ancienne ou récente.

2 août : La malade présente des alternatives d'abattement et d'excitation. Son caractère devient chaque jour plus irritable.

Il se plaint d'une céphalée diffuse très pénible, et à chaque instant porte machinalement la main à la tête. En plus de cette céphalée continue, il a des crises douloureuses, ayant le caractère de la névralgie du trijumeau; à l'examen objectif, on ne trouve ni anesthésie, ni hyperesthésie de la face.

Aucun trouble moteur indiquant une atteinte de la VII^{me} paire.

Du côté des yeux, le ptosis est plus accusé à droite; la paralysie du droit supérieur droit est complète : la pupille est en myosis mais réagit normalement. A gauche, rien d'anormal. L'acuité visuelle n'est pas diminuée.

Pas de paralysie ni d'atrophie de la langue. L'hémivoile droit, fortement repoussé en avant, est immobilisé, mais non paralysé. Pas de dysphagie. Aucun trouble laryngé. L'amygdale droite fait une saillie prononcée vers la lumière pharyngée. La rhinoscopie postérieure montre une augmentation de volume de la tumeur d'aspect grisâtre, lobulée, non ulcérée; elle remplit la moitié droite du cavum; il est impossible actuellement de se rendre compte du point de départ : voûte ou région pré-tubaire. Pas de modification appréciable de la masse ganglionnaire.

5 août : Le malade est mort subitement dans la nuit, sans avoir attiré l'attention de ses voisins de lit : il s'était promené la veille au soir et avait mangé comme d'habitude.

6 août : Autopsie : Rien d'anormal du côté des viscères thoraciques et abdominaux. Pas de trace de généralisation néoplasique.

Du côté du crâne, après ablation du cerveau, on constate un envahissement néoplasique de la partie antéro-interne

de la loge cérébrale moyenne à droite : cette région est occupée par une masse grise, d'aspect chair de poisson, venue du pharynx, ayant perforé la partie antérieure du rocher, au niveau de la suture pétro-sphénoïdale, et venant bourgeonner dans la fosse cérébrale moyenne.

La dure-mère présente une teinte dépolie, grise. L'orbite, dont la paroi supérieure est effondrée, n'est pas envahie. Les sinus sphénoïdaux sont sains.

La tumeur, qui ne dépasse pas la ligne médiane, est en rapport étroit avec le cavum de Meckel qui renferme le ganglion de Gasser et avec la paroi externe du sinus carverneux droit, qui est envahi. On arrive à décoller la dure-mère et l'on se rend compte que l'os n'est pas envahi. En réséquant la pointe du rocher et en défonçant le sphénoïde, on arrive à enlever la route osseuse du pharynx et l'on pénètre dans la cavité pharyngée dont la moitié droite est occupée par la tumeur.

Il semble que ce soit par le trou déchiré antérieur que la tumeur a pénétré dans la cavité crânienne.

Examen histologique : Sarcome globo-cellulaire.

OBSERVATION II

MM. REBATTU et PROBY

Epithélioma du naso-pharynx; syndrome de l'œil figé par propagation intracrânienne.

C..., 75 ans, se présente à la consultation de l'Hôtel-Dieu pour gêne nasale, épistaxis et écoulement nasal muco-purulent.

Les symptômes sont apparus depuis quatre mois (fin avril 1926).

A l'examen, on est frappé par la voix nasonnée, le nez présent un écoulement abondant, purulent, teinté de sang, légèrement fétide. Pas de ganglions.

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu, et un examen plus approfondi montre un refoulement du voile membraneux. La rhinoscopie postérieure permet de voir une masse bourgeonnante occupant la presque totalité du cavum et recouverte de mucosités saignantes au contact.

Cette masse est également visible par la rhinoscopie antérieure; elle est soulevée par le voile dans la phonation. On ne constate toujours pas de ganglions.

Une biopsie pratiquée le 22 juillet montre qu'il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire, avec globes épidermiques; à l'intérieur des lobules cancéreux, cellules en voie de dégénérescence acidophile, mitoses anarchiques et monstruosité nucléaires. Voile. Motricité et sensibilité conservées.

Pharynx. On ne constate pas de signes anormaux. Sensibilité conservée.

Langue : Hyperesthésie de la face dorsale des 2 côtés. Douleur violente fronto-pariétale.

Oreilles : Tympan un peu scléreux, sans signes d'inflammation. Bonne conduction osseuse.

Réflexe oculo-cardiaque : Normal, 88 et 100.

Appareil oculaire : Les mouvements de l'œil droit paraissent un peu limités ; l'œil gauche est normal.

Très rapidement, en huit jours, les mouvements de l'œil diminuent. L'œil devient complètement figé. Ptosis complet de la paupière qu'il faut relever pour apercevoir l'œil immobile et saillant hors de l'orbite. Pupille en myosis, complètement immobile; la vision est amoindrie.

Examen général : L'intelligence est diminuée, il répond mal aux questions, il est dans un état de torpeur intellectuelle.

Mort le 20 août : Ablation du cerveau qui paraît macroscopiquement indemne. Au niveau de la base du crâne, dans sa moitié droite, on tombe sur une substance pâteuse, blanchâtre, que l'on enlève facilement à la curette et qui a envahi et détruit la selle turcique sans lésion apparente de la pituitaire. Cette masse a détruit également l'apophyse basilaire, jusqu'au voisinage du trou déchiré postérieur, trou qui n'est pas lésé. Le corps du sphénoïde est entièrement détruit, de même la pointe du rocher, le sinus caverneux droit (pas de lésion apparente de la carotide interne, mais englobement des nerfs oculomoteurs III, VI, et IV), pas de lésions du nerf optique.

Les lésions s'étendent jusqu'au trou déchiré antérieur droit, et il semble bien que la pénétration de la tumeur dans le crâne se soit faite par cet orifice.

L'évidement à la curette conduit à la voûte du pharynx et le point de départ de la tumeur semble siéger au-dessus du voile ; la tumeur étant en bouillie, il est impossible de pratiquer un prélèvement. Pas de métastases viscérales ou osseuses.

En résumé, on se trouve en présence d'une tumeur très étendue, ayant envahi la selle turcique, apophyse basilaire sphénoïde, pointe du rocher et sinus caverneux, et au point de vue nerveux le nerf oculaire commun, pathétique et moteur oculaire externe. L'hypophyse est respectée. Une propagation aussi étendue se rencontre plus souvent dans le sarcome, elle est rare dans l'épithélioma.

OBSERVATION III

MM. LANNOIS, DURAND et JACOD

(In Thèse de NECTOUX, 1920-1921)

Sarcome de la trompe d'Eustache gauche chez un homme de 53 ans. — Début par otalgie, diminution de l'audition, bourdonnements du même côté. — Douleurs névralgiques gauches. — Ni adénopathie cervicale, ni ulcération. — Opération : Ablation par mobilisation du massif maxillo-malaire. — Récidive locale avec adénopathie en chaîne deux mois après. — Mort trois mois après l'opération.

Evolution totale en neuf mois.

J.-B. V..., 53 ans, emballeur, vient à la consultation de St-Pothin (clinique oto-rhino-laryngologique du Professeur Lannois), le 1^{er} octobre 1907, pour une diminution très marquée de l'audition à gauche, accompagnée de bourdonnements.

Ni antécédents héréditaires, ni antécédents personnels.

Il y a 3 mois, douleurs d'oreille à gauche : élancements peu intenses, n'empêchant pas le sommeil. Depuis trois semaines, les autres troubles auditifs ont apparu progressivement ; en même temps, légère sensation d'obstruction nasale à gauche, sécheresse pharyngée presque constante.

Au premier examen, qui a été un peu superficiel, on

note que les deux tympans sont uniformément épaissis tous deux, et que le gauche est plus enfoncé. L'audition aérienne est diminuée d'ailleurs des deux côtés. Jamais d'otorrhée antérieure. On confie à un élève le soin de faire un cathétérisme au malade.

10 octobre : Le malade revient; il souffre depuis quelques jours de la région auriculaire gauche; les douleurs sont lancinantes et lui paraissent très profondes. Il a des bruits subjectifs constants à gauche. De plus, il souffre du naso-pharynx depuis le dernier cathétérisme qui a été douloureux; ces douleurs s'irradient parfois dans toute la moitié gauche de la tête.

A l'examen des oreilles, même aspect : le tympan gauche n'est pas rouge.

A la rhinoscopie postérieure, la moitié droite du cavum paraît normale, mais la région du pavillon tubaire gauche, est complètement déformée, rouge violacée. Cette infiltration rouge, qui fait une assez forte saillie, s'arrête au niveau de la paroi postérieure et s'étend jusqu'à la choane rouge. Il existe quelques croutes sanguinolentes sur le bourrelet tubaire antérieur.

Le malade nie la syphilis et n'a jamais présenté aucun symptôme pouvant faire songer à des accidents spécifiques. Pas de ganglions cervicaux. Le malade a très peu maigri; son état général est aussi bon qu'auparavant. On pense à une infection locale par le cathétérisme précédent et on donne au malade un traitement médical (fumigations, etc...).

18 octobre : Le malade s'est trouvé un peu soulagé localement, mais il a toujours des névralgies dans la moitié gauche de la tête, et la surdité ainsi que les bourdonnements, ont augmenté à gauche. A la rhinoscopie postérieure, la muqueuse n'est pas ulcérée, mais est très rouge; de plus, la tuméfaction a augmenté. Le pavillon tubaire est projeté dans le cavum et vient au contact du cornet inférieur gauche et du voile. On soumet le malade au traitement mixte.

25 octobre : Le traitement n'a pas eu d'action : il a, au contraire, abattu le malade, qui a maigri pendant cette

semaine. La tumeur est plus volumineuse; elle immobilise un peu le voile membraneux. Au toucher, elle est plus grosse qu'elle ne paraît à l'œil; elle s'étend profondément et infiltre déjà un peu le voile; elle est dure et saigne à peine. On propose au malade une intervention.

1^{er} décembre : Le malade n'est pas revenu depuis la fin octobre. Il a maigri beaucoup. La narine gauche est complètement obstruée. La bouche ouverte, on voit que la moitié gauche du voile est abaissée et immobile. Le toucher pharyngien paraît impossible à cause de la douleur, mais par la rhinoscopie postérieure, rendue très difficile, on voit que la tumeur est devenue volumineuse et occupe toute la moitié gauche du cavum; la muqueuse paraît lisse, sans ulcération.

13 décembre : Opération (Docteur Durand).

Les suites immédiates furent excellentes, mais le malade revint deux mois après, avec une récurrence locale et des adénopathies dures, en chaîne, s'étendant très loin, rendant toute opération impossible. Il est mort trois mois après l'opération, neuf mois après le début des symptômes.

Examen histologique : Sarcome à petites cellules.

OBSERVATION IV

MM. BELLIN, VERNET et ALOIN

(In Thèse de NECTOUX)

Sarcome de la trompe d'Eustache gauche, chez un homme de 35 ans. — Début apparent par syndrome du carrefour pétro-sphénoïdal; en réalité antérieurement : diminution de l'audition, otite moyenne par obstruction tubaire. — Mort par cachexie. — Evolution totale en 6 à 7 mois. — Autopsie.

X..., soldat, 35 ans environ, entre en se plaignant de douleurs violentes à caractère névralgique, dans le domaine des trois branches du trijumeau, de céphalée intense, de troubles oculaires gauchés, le tout survenu très rapidement depuis quatre à cinq semaines.

A l'examen, il existe une ophtalmoplégie gauche totale :

paralysie des moteurs commun et externe, du pathétique. Perte de la vision à gauche presque complète.

En interrogeant le malade, on s'aperçoit qu'il a de la diminution de l'audition à gauche et une gêne rétro-nasale et nasale.

L'oreille gauche présente des lésions d'otite moyenne par obstruction tubaire. En examinant le nez et le naso-pharynx, on trouve une tumeur d'apparence sarcomateuse, non ulcérée, de la paroi gauche du naso-pharynx.

L'évolution a duré 6 à 7 mois. Il est apparu à la fin une tuméfaction dure de la région temporale gauche, indiquant que la tumeur était ressortie du crâne et avait pénétré jusqu'au dessous du zygoma. Mort par cachexie.

A l'autopsie, on trouve, en plus du sarcome du naso-pharynx, un prolongement sarcomateux très important, qui occupe la partie antérieure de la fosse cérébrale moyenne gauche, a fait disparaître la paroi supérieure du rocher en avant du labyrinthe, englobe le cavum de Meckel, la gouttière caverneuse, pénètre dans l'orbite par la fente sphénoïdale, et soulève à ce niveau tous les nerfs craniens, qui sont tendus sur la tumeur comme un archet.

OBSERVATION V

Sarcome du naso-pharynx propagé à l'orbite.

Exophtalmie droite, par Georges GELLÉ, de Paris.

Il s'agit d'un malade de 48 ans, homme d'apparence robuste, qui se présente à la consultation le 3 mars 1905. Il y a six mois, le malade s'est aperçu que son œil droit grossissait et, depuis trois semaines, cette exophtalmie aurait beaucoup augmenté pour atteindre le degré actuel. Notons que le malade déclare que son œil grossit et diminue par périodes. Aucune douleur locale, pas de céphalée. Rien, sauf une gêne de la respiration par la narine droite; il y a huit : épistaxis. Les mouvements de l'œil sont assez considérables en dedans et en dehors, mais très faibles en haut et en bas. Il peut encore fermer l'œil droit; les paupières sont suffisantes pour découvrir le globe. Cornée intacte.

A la palpation de l'orbite, on trouve surtout en haut et en dedans, une masse dure, bien limitée, et en haut et en dehors, une masse plus volumineuse, mais moins dure et moins bien limitée. En bas, on arrive aussi à sentir la masse néoplasique. L'œil est dur.

Vision de l'œil droit = $\frac{1}{6}$.

Vision de l'œil gauche = 1.

Stase papillaire de l'œil droit.

Le toucher rhino-pharyngien, facile, permet de constater que toute la partie droite du cavum, depuis la voûte jusqu'à l'insertion du voile, est occupée par une masse dure et rénitente, qui repousse la muqueuse; en haut et en avant, il semble qu'il y ait une autre masse, celle-ci molle et saignant très facilement, obturant en partie la choane droite.

On constate, en outre, une masse ganglionnaire sous-maxillaire et parotidienne volumineuse.

Le diagnostic de sarcome propagé à l'orbite paraît probable. En outre, étant donné les deux masses perçues au toucher rétro-pharyngien et leur différence de nature, nous penserions volontiers qu'il y a là une adénopathie pharyngienne secondaire, soulevant la paroi pharyngée.

V. - *Forme mixte*

Dans certains cas, enfin, ces tumeurs peuvent présenter à leur début une allure clinique dont les symptômes empruntés aux différentes formes précédemment décrites apparaissent simultanément; l'impossibilité de les cataloguer dans une forme déterminée est alors absolue. Nous verrons, par exemple, dans les observations qui suivent, des tumeurs dont le début est à la fois ganglionnaire et auriculaire (Obs. I) ou bien encore nasal et ganglionnaire (Obs. III), etc...

Pour ces raisons, nous avons décidé de les classer dans une forme spéciale à laquelle nous donnerons le nom de forme mixte.

OBSERVATION I

M. JACOD (*In* Thèse de MAYOUX)

Résumé. — *Epithélioma ulcéré du cavum, à point de départ péritubaire gauche ; adénopathies cervicales bilatérales.*

D... Louis, 61 ans, vient le 5 juin 1923, parce qu'il a, depuis 8 mois, une surdité presque absolue à gauche, avec résonnance de la voix. Il a, depuis la même date, une volumineuse adénopathie sous-angulo-maxillaire gauche. Il se plaint aussi d'obstruction nasale, qui a débuté il y a 7 mois et augmente progressivement.

Pas de maladie antérieures. Nie la syphilis. Pas d'amaigrissement sensible, pas de perte des forces. Pas de symptômes généraux ; pas de troubles de compression intracrânienne ou basocrânienne.

Localement, les deux fosses nasales sont complètement obstruées par une tumeur du cavum, qui fait saillie sans entrer dans la cavité nasale. A la rhinoscopie postérieure, le cavum, dans ses deux tiers gauches, est comblé par une tumeur irrégulière, saillante, qui dépasse la ligne médiane et englobe la trompe correspondante.

La trompe droite n'est pas infiltrée. La moitié gauche du voile est infiltrée et moins mobile que la droite. A l'oreille gauche, le tympan est uniformément enfoncé et brillant, comme dans les otites avec épanchement séreux. Au cou, des deux côtés, adénopathie carotidienne supérieure, de la grosseur d'une orange, adhérente dans la profondeur, mais ne donnant pas de douleurs irradiées.

Biopsie : Epithéliome atypique, avec boyaux cellulaires du type épithélial, au milieu d'un stroma de type lymphoïde.

OBSERVATION II

MM. LANNOIS, JACOD et GAILLARD

(*In* Thèse de MAYOUX)

B... Louis, 31 ans, a présenté de mars à novembre 1922, des signes d'otite catarrhale, avec épanchement récidivant, puis d'otite moyenne suppurée à droite, ainsi qu'une

adénopathie sous-angulaire droite, sans trouble de la respiration nasale. En novembre : crachements sanglants et découverte d'une tumeur ulcérée péritubaire à droite.

OBSERVATION III

COMPAIRED (*Archives internationales d'Oto-Rhino-Laryngologie*, 1905.)

Le 17 mai 1889, je fus appelé pour visiter Mme C..., âgée de 36 ans, habitant Madrid, qui, vingt jours avant, avait contracté un refroidissement grippal.

Depuis lors, elle fit les remarques suivantes : difficulté pour avaler, qui augmenta de jour en jour; voix fortement nasillarde; la respiration par les fosses nasales est difficile, surtout par la gauche; douleur dans les deux oreilles, mais plus manifeste dans celle de gauche; étourdissements dans la tête; surdité avec des bruits très ennuyeux.

Aucun autre antécédent.

Dans la gorge, l'on ne remarquait que des symptômes d'angine; dans les fosses nasales, une congestion de la muqueuse, et obstruction de la portion choanale, par une espèce d'infiltration œdémateuse, plutôt que par une hypertrophie de la muqueuse. Les conduits auditifs externes présentent les caractères objectifs d'une otite infectieuse plus typique du côté gauche.

J'ordonnai des remèdes afin de combattre ce dont je croyais qu'il s'agissait : soit d'une angine grippale prolongée et d'une otite double aiguë de même origine. Je n'obtins aucune amélioration, au contraire, toute la symptomatologie locale, nasale et naso-pharyngienne alla en augmentant jusqu'à ce qu'après un certain nombre de jours, il me fut impossible de pratiquer le toucher rétro-nasal, étant donné que la rhinoscopie postérieure m'avait été impossible, chaque fois que je l'essayai. Ce fut alors que je pus apprécier une légère augmentation de volume dans le voile palatin et derrière le pilier postérieur gauche.

Le toucher me permit de reconnaître l'existence d'une tumeur diffuse, lisse et dure, qui remplissait toute la cavité naso-pharyngienne.

Il n'existait aucun point limité.

Diagnostic : Ma première impression fut qu'il s'agissait d'un sarcome rétro-nasal, vu qu'il n'existait aucun antécédent syphilitique. D'autre part, la tumeur suivait une marche si rapide et augmentait tellement, qu'elle était inopérable.

La malade se refusa à ce que je fis l'extirpation d'un morceau de la tumeur, afin de faire l'analyse histologique.

Elle mourut un mois après.

OBSERVATION IV

Docteur Georges DUPOND, de Bordeaux

(Revue Hebdomadaire de Laryngologie, 1909)

*Début par adénopathie cervicale bilatérale
et gêne de la respiration nasale.*

M. L..., âgé de 58 ans, se présente le 6 avril 1908 à ma consultation de la Maison de Santé Protestante, parce que depuis quelques temps il éprouve de la gêne dans l'arrière gorge, et qu'il n'entend pas bien de l'oreille gauche. Cet homme, qui paraît robuste et de forte constitution, n'a, jusqu'à présent, jamais fait de maladie sérieuse.

Il s'est aperçu, il y a environ quatre ou cinq mois, qu'il avait une grosseur dans la région parotidienne gauche, et une autre, plus petite, sur le côté droit du cou, dans la région carotidienne.

Ces tuméfactions n'offrent pas toujours le même volume; parfois elles augmentent pendant quelques jours pour diminuer ensuite progressivement et reprendre leur volume primitif.

Depuis un mois et demi, il se sent surtout gêné pour respirer par le nez; il éprouve des chatouillements dans la gorge; il dort la bouche ouverte et, au réveil, se plaint de sécheresse de la gorge; cette gêne respiratoire l'empêche de dormir et provoque un réveil brusque accompagné de spasmes et même d'accès de suffocation.

C'est surtout pour ces malaises qu'il vient consulter, car il n'a jamais éprouvé de douleur, ni d'élançements du côté de l'oreille. Le malade mouche et crache beaucoup

depuis quelqûes temps. Ses crachats sont quelquefois striés de sang.

Examen : Tout le côté gauche du voile du palais est repoussé en avant ; au-dessous du bord libre du voile, le long du pilier postérieur, en arrière de l'amygdale, on aperçoit une tumeur grisâtre, qui fait saillie dans le pharynx et semble une amygdale surajoutée.

Par la rhinoscopie postérieure, on constate que tout le côté gauche du rhino-pharynx est envahi par une masse bourgeonnante, multilobée, gris rougeâtre, recouverte de mucosités remplissant toutes les anfractuosités de cette cavité, remontant jusqu'à la voûte basilaire et dépassant même la ligne médiane.

Par la rhinoscopie antérieure, on perçoit facilement la tumeur qui obstrue complètement la choane gauche.

Avec le doigt, il est facile de se rendre compte que cette tumeur est de consistance assez ferme et qu'elle adhère profondément sur toutes les parties qu'elle recouvre.

Par la palpation, on sent au niveau de la parotide un ganglion du volume d'une noix, indolore, dur, adhérent profondément, et dans la région carotidienne on constate la présence d'un autre ganglion présentant les mêmes caractères mais de volume moindre.

L'oreille gauche est atteinte d'otite catarrhale exsudative, par suite de l'obstruction tubaire.

L'examen histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma.

Tout traitement chirurgical étant contre-indiqué, nous nous bornons à prescrire des attouchements à la teinture de thuya et de chélidoine, pour essayer de modérer l'exhubérance des bourgeons épithéliomateux.



Il nous a paru intéressant, avant de terminer ce travail, d'établir une statistique, indiquant la fréquence d'apparition de ces différentes formes de début par rapport les unes aux autres. Sans attacher une grande valeur à cette statistique, d'après les re-

cherches que nous avons effectuées dans les ouvrages des différents auteurs qui se sont occupés de la question, nous avons pu établir le pourcentage suivant :

Forme nasale :	35 %
Forme ganglionnaire :	30 %
Forme auriculaire :	15 %
Forme nerveuse :	13 %
Forme mixte :	7 %

La Thérapeutique des tumeurs du Cavum et ses résultats

Plusieurs méthodes sont à notre disposition en vue du traitement des tumeurs du cavum : intervention chirurgicale, radiumthérapie, radiothérapie profonde. Cependant, toutes ces méthodes, jusqu'à nos jours, n'ont pas encore répondu d'une façon satisfaisante aux espoirs que l'on était en droit d'attendre d'elles.

Comme nous l'avons déjà dit au début de ce travail, les tumeurs du naso-pharynx présentent généralement un début insidieux, se manifestant par une symptomatologie d'emprunt. Il n'y a donc rien d'extraordinaire, dans ces conditions, que le médecin peu averti des choses de la spécialité passe à côté du diagnostic. Et pourtant, c'est à ce moment, alors que la tumeur n'est qu'à son stade initial de développement, que la thérapeutique actuelle peut nous donner de bons résultats. Malheureusement, lorsque l'on voit les malades, ceux-ci sont déjà porteurs de tumeurs volumineuses; il y a des prolongements, des envahisse-

ments nerveux ou ganglionnaires qui rendent tout traitement illusoire. Et, d'ailleurs, ces envahissements ganglionnaires et nerveux que l'on observe au cours de l'évolution de l'affection, ne sont-ils pas souvent, par leur précocité, les premiers signes manifestes qui mettent sur la voie du diagnostic ?

De plus, suivant le mode de début de l'affection, les résultats thérapeutiques seront différents.

Les formes à début respiratoire ou auriculaire seront certainement celles qui donneront les meilleurs résultats, car dans ces cas, la tumeur est encore localisée, les symptômes observés étant uniquement des symptômes fonctionnels locaux et non des symptômes de généralisation.

Par contre, dans les formes nerveuses et ganglionnaires, il n'en est plus de même, car souvent, par suite du petit volume de la tumeur, la symptomatologie locale est inexistante, et seule une symptomatologie à distance marque le début apparent de l'affection. On conçoit donc facilement qu'en face de généralisations semblables, aucune thérapeutique ne puisse être suivie d'heureux résultats.

En somme, absence de précocité du diagnostic, fréquence et précocité de l'envahissement intracrânien et ganglionnaire expliquent les succès du radium et de la radiothérapie profonde, qui donnent dans les tumeurs plus limitées, plus précocement diagnostiquées des résultats moins décevants.

Conclusions

I. — Le cavum peut être le siège de tumeurs malignes, soit du type sarcomateux, soit du type épithélial.

II. — Leur diagnostic est souvent fort difficile, surtout au début de leur évolution, en raison de la symptomatologie d'emprunt suivant laquelle elles se manifestent; c'est pourquoi un examen systématique du cavum par le toucher et la rhinoscopie devra être pratiqué chez tous malades présentant une symptomatologie susceptible de faire penser à une telle affection.

III. — Ces divers symptômes peuvent se schématiser en quatre grandes formes :

1° Une forme nasale ou respiratoire avec, comme principales manifestations, le coryza chronique, l'obstruction nasale et les épistaxis;

2° Une forme auriculaire simulant l'otite séreuse ou purulente;

3° Une forme ganglionnaire dont l'adénopathie cervicale est souvent le seul signe de début et dont la nature reste souvent longtemps ignorée;

4° Une forme nerveuse et oculaire avec des douleurs névralgiques dans le territoire du trijumeau ou réalisant les syndromes du carrefour pétro-sphénoïdal et du trou déchiré postérieur.

IV. — Ces quatre formes se rencontrent fréquemment, au début de l'affection, à l'état isolé; mais quelquefois aussi, à cette époque, elles coexistent chez un même malade, sans que l'on puisse affirmer laquelle est la première en date. C'est pourquoi nous avons classé toutes les observations de ce genre dans une forme à laquelle nous avons donné le nom de forme mixte.

V. — Dans tous les cas, l'action thérapeutique, pour être efficace, devra s'adresser à une tumeur précocement diagnostiquée et ne présentant aucun signe d'envahissement.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN, COLLET.
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 12 Mai 1927.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. GHEUSI.

Bibliographie

- ABOUKER. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes du naso-pharynx. *Bull. d'Oto-Rhino-Laryngologie*, mars 1912.
- ABOUKER et CURTILLET. — Fibro-sarcome diffus latent, ayant simulé une névralgie fronto-occipitale. *Bull. de Laryngologie*, 1^{er} octobre 1918.
- ANDRÉ (J.-M.). — Contribution à l'étude des lymphatiques du nez et des fosses nasales. *Thèse*, Paris 1905.
- BARANGER. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes du naso-pharynx. *Thèse*, Paris 1926.
- COLLET. — *Traité d'Oto-Rhino-Laryngologie*, pp. 134-135. (A l'impression.)
- COLLET et CONDAMIN. — Tumeur maligne du pharynx nasal. *Lyon Médical*, 1921, p. 1077.
- COLLET et REBATTU. — Tumeurs de la voûte du pharynx. *Archiv. de Laryngologie*, 1923.
- CHRISTOPHLE. — La voie naso-maxillaire dans l'ablation des tumeurs du naso-pharynx. *Thèse Méd.*, Paris 1903-1904.
- COMPAIRED. — Contribution à l'étude clinique des tumeurs malignes du naso-pharynx. *Archiv. Int.*, 1905.
- DIDIER. — Le symptôme du trou déchiré postérieur dans les néoplasies naso-pharyngées. *Archiv. Int.*, 1922, p. 321.
- DUPOND. — *Rev. Hebd. de Laryngologie*, 1909.

ESCAT. — *Traité Médico-Chirurgical des Maladies du Pharynx*, p. 440.

ETIÉVANT. — Phénomènes asphyxiques provoqués par les tumeurs du naso-pharynx. *Rev. Int. de Rhinologie*, Paris 1896.

FLOUR. — Considérations sur les tumeurs de la voûte pharyngée. *Thèse*, Paris 1873.

GAILLARD. — A propos des tumeurs du pharynx nasal, à point de départ péritubaire. *Ann. des Maladies de l'Oreille*, 1923, p. 772.

GELLÉ (Georges). — Adénopathies dans les affections des fosses nasales et du naso-pharynx. *Archiv. Int.*, juillet 1905.

GROSSMANN. — Chondrôme malin du naso-pharynx. *Archiv. Int.*, 1923, p. 1114.

HALLADE. — Cancer de la partie supérieure du pharynx. *Thèse*, Paris 1880.

JACOD. — Sur les sarcomes de la trompe d'Eustache. *S. F. O. R. L.*, mai 1914 et mai 1920.

— Sur la propagation intracrânienne particulière aux sarcomes de la paroi latérale du naso-pharynx. *Bull. d'Oto-Rhino-Laryngologie*, 1919-1920.

JACQUES. — Epithélioma du naso-pharynx simulant des végétations adénoïdes. *Rev. Méd. de l'Est*, Nancy 1900.

JACQUES et BERTÈMES. — Deux cas de tumeur maligne du naso-pharynx. *Bull. de Laryngologie*, Paris 1903.

KELSEY et BROWN. — Tumeurs malignes du naso-pharynx. *Archiv. Int.*, 1914, p. 971.

LABARRE. — Epithélioma du naso-pharynx. *Ann. de Laryngologie*, 1913, p. 437.

LAVAL. — Des tumeurs malignes du naso-pharynx. *Thèse*, Toulouse 1904.

LENOBLE et AUBINEAU. — Tumeur maligne du naso-pharynx, à propagation crânienne. *Soc. Méd. des Hôp.*, 10 juin 1904.

- LYONNET et REGAUD. — *Ann. des Mal. du Larynx*, mars 1893, p. 197.
- MARTÈNE. — La Radiumthérapie dans les tumeurs malignes du nez, des sinus et du naso-pharynx. *Thèse Méd.*, Lyon 1919-1920.
- MAYOUX. — La Rœntgenthérapie dans les tumeurs du pharynx. *Thèse Méd.*, Lyon 1926.
- MILLIGAN. — Tumeurs du naso-pharynx. *Ann. des Mal. de l'Oreille*, 1925, p. 449.
- MOUGIN. — Cancer respiratoire et digestif. *Thèse*, Lyon 1923-1924.
- MOURE et BRINDEL. — *Traité des Maladies de la Gorge, du Larynx, des Oreilles et du Nez*.
- MOURE et LAFARELLE. — Sur quelques particularités du naso-pharynx, étudiées au point de vue clinique. *Rev. Hebd. de Laryngologie*, 1901, pp. 689 et 721.
- NECTOUX. — Les tumeurs malignes du naso-pharynx. *Thèse*, Lyon 1921.
- PATEL. — Le naso-pharynx anatomie et physiologie. *Province Médicale*, Lyon 1902, pp. 397, 411 et 423.
- PAULIAC. — *Contribution à l'étude des sarcomes du naso-pharynx*.
- POIRIER. — *Traité d'Anatomie Humaine*.
- REBATTU et PROBY. — Epithélioma du naso-pharynx ; syndrome de l'œil figé par propagation intracrânienne. *Lyon Médical*, 1927.
- REVERCHON. — Deux cas de tumeur du naso-pharynx, à point de départ péritubaire. *S. F. O. R. L.*, 1922.
- SARGON. — Cas de tumeurs fibreuses du naso-pharynx, traités par la chirurgie et les agents physiques. *Arch. Int. de Laryngologie*, Paris 1923.
- SENDJIAK. — Tumeurs malignes, sinus, nez, naso-pharynx. *Arch. Int. d'O. R. L.*, 15 mai 1923, p. 367.
- SOUCY. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives du naso-pharynx. *Thèse*, Alger 1910-1911.
- TESTUT. — *Traité d'Anatomie descriptive*.

TILLEY. --- Tumeur maligne du naso-pharynx compliquée de surdité, névralgie et faiblesse du releveur du palais. *Rev. Hebd. de Laryngologie*, 1912.

VEILLON. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes du naso-pharynx. *Thèse*, Paris 1875.

VERNET. — Les paralysies laryng es associ es. *Thèse*, Lyon 1915-1916.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Chapitre premier. — Considérations anatomiques et anatomo-pathologiques	11
Chapitre II. — Les Formes cliniques de début des tumeurs du naso-pharynx	19
La Thérapeutique des tumeurs du larynx et ses résultats	66
Conclusions.....	69
Bibliographie	71
